

Código Beneficiário: 00202534 33 5100000101

Beneficiário: Aíres Carla Bertino

Titular: Aíres Carla Bertino

Dentista: Renata Gonçalves de Aguiar

CRO/UF: 11569 PE

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ( )	Decídua ( )
Classificação de Angle:	Classe I <input checked="" type="checkbox"/>	Classe II ( )	Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( ) Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )
Relação Canina:	Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )	Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )	
Linha Média:	Coincidente ( )	Desvio Superior:	Direita ( ) Esquerda ( )
Relação Transversal:	Normal ( )	Cruzada <input checked="" type="checkbox"/>	Região Anterior ( ) Posterior <input checked="" type="checkbox"/>
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ( ) Negativo ( )	Acentuado ( ) Moderado ( ) Leve ( )
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta ( ) Alta ( )	Baixa ( ) Baixa ( )
Maxila:	Protruída ( )	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula ( )
Apinhamento:	Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( )	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) NULA	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ( ) Esquerda ( )	Dor Muscular	Direita ( ) Esquerda ( )
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( )	Fonoaudiologia ( )	Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( )
		Implantes ( )	Pré Protéticas ( )

Queixa Principal do Paciente: "MORBIDA TORSA"

Plano de Tratamento:	Preventiva ( )	Interceptiva ( )	Ortopédica ( )	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ( )	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral ( )	Removível ( )
Descrever Técnica:	TECNICA STRAIGHT WIRE, PRESCRIÇÃO ROTH. ALINHAMENTO / NIVELAMENTO / ELÁSTICOS INTER MAXILARES PARA AJUSTE LINHA MÉDIA / REMUNÇÃO CONTINGÊNCIA			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	APENAS TUBOS E CONSUGADOS		Inferior (tipo):	APENAS TUBOS E CONSUGADOS
Prognóstico	Favorável ( )	Desfavorável ( )	Duvidoso <input checked="" type="checkbox"/>	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	20 MESES			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ( )	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Há quanto tempo?	APARELHO SEM MANUTENÇÃO → FOI REMOVIDO

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

Data

Assinatura Profissional e Carimbo