

Dentista:	Donato Eduardo Eleutério da Silva
Beneficiário:	Manoela Vasconcelos dos Santos
Beneficiário:	Manoela Vasconcelos dos Santos
Beneficiário:	Manoela Vasconcelos dos Santos
Código Beneficiário:	00202556779300000103
CRO/UF:	60029-BA

Dentição: Permanente (X) Mista () Decidua ()	
Classificação de Classe I () Classe II (X) Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda () Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina: Direita I (X) II () III () Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média: Coincidente (X) Desvio Superior: Direita () Esquerda () Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()	
Relação Transversal: Normal (X) Cruzada () Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()	
Overjet: Normal Positivo () Acentuado () Overbite: Normal () Overbite: Normal ()	
Inclinação Superior Alta () Baixa (X) Inferior Alta () Baixa (X) Normal ()	
Maxila: Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula Bem Posicionada (X) Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()	
Aplanhamento: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não (0) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 : Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Reabsorção: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Discrepância de Superior (em mm): Inferior (em mm):	
Modelos: Dor ou Ruído Direita () Esquerda () Dor Muscular Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento: Não (X) Sim ()	
Complementar: Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes (X) Pré Protéticas ()	

Dois meses para planejar, não consegue modificar diretamente.

Paciente	Principal	do
Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()
Corretiva (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Técnica do Paciente		
Descrever Técnica:		

Exodontias:		Ancoragem Superior (tipo):		Inferior (tipo):		Prognóstico		Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):		Paciente Possui Aparelho Instalado		Não ()		Sim ()		Há quanto tempo?		Previable?																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	18	17	16	15	14	13	12

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário. <i>Mariana V. Santos</i> Assinatura Beneficiário 02/06/03 Data	Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas. <i>02/06/03</i> Data
--	--

Asistencia Profesional Camacho
CROBA 6229
Dr. Juan E. Croba