

Código Beneficiário:

Beneficiário:

Título:

Dentista:

CRO/UF 50 106704

Dentição:	Permanente ()	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Concidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região:
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Mandíbula:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	Diastemas:
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm):	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular:
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia ()

Queixa Principal do Paciente:

Dentes com Posição ruim.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Dua instalado Hias para expandir maxila e melhorar relação maxila-mandibular, abrir espaço pal 53.23.			
Exodontias:	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		Desgaste Inter proximal: 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	
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ()		Desfavorável ()	
Prognóstico:	Favorável ()		Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	8 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()		Sim ()	
Há quanto tempo?				

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 integradas por elas.

Data

Assinatura do Dentista
Dentista: [Assinatura]
CRO 50 106704