

Código Beneficiário: 002 025 108 751 00768 902
Beneficiário: Matheus Henrique de Souza Kubicz
Titular: _____
Dentista: Fernando Maria Rishio de Almeida CRO/UF: 22339-PR.

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita ☒ II () III ()	Esquerda ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Interceptação, torques de finalização, remoção e contenção semi-anel superior e fixa inferior 3x3 auto.

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
Ancoragem Superior (tipo): tubo Inferior (tipo): tubo
Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim ☒ Há quanto tempo? 12 meses

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