

Código Beneficiário: 0020252630960000104

Beneficiário: Jonatas da Silva

Titular: Ana Lucia da Silva

Dentista: Dr. Mauricio Santos Souza

CRO/UF:

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III (X)	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda (X)
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III (X)					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita (X)	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região	Anterior ()	Unilateral (X)	Bilateral ()	
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo (X)	Moderado ()	
			Leve ()			Leve (X)	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)	
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	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		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	+ 2	Inferior (em mm):	+ 4			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: espaço entre os dentes

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica (X)	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>1ª fase distâncias aproximadas em 6 meses</u> <u>2ª fase corretiva com ortodontia fixa</u>			

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
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)		Desfavorável ()		Duvidoso ()
Prognóstico					
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24</u>				
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	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.

20/05/21 Ana Lucia da Silva
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

20/05/21 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo