

Código Beneficiário: 002-025.049 085 007 869.01

Beneficiário: Guilherme Borges Amorim

Titular: Guilherme Borges Amorim

Dentista: Dra Patrícia Queiroz Garcia

CRO/UF: 69944 SP

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ☒	Esquerda I () II () III ☒	Classe III ☒ Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ☒ Esquerda ☒
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado ☒ Overbite: Leve () Normal () Positivo () Acentuado () Negativo ☒ Moderado () Leve ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa () Normal () Inferior
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒ 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 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 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 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 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes apinhados e mordida cruzada anterior e posterior esquerda

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ☒	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>dispositivo de huan instalado ao mesmo tempo e inst. aparelho fixo para alinhar e guiar a dentes superiores, mandibulares, dentes incisivos, removidos</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 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 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):			
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>30</u>			
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.

05/05/21 x Guilherme B.
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

08/06/21 Patrícia Queiroz Garcia
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Patrícia Queiroz Garcia
Cirurgiã - Dentista
CROSP 69944