

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Flavio Bezerra Augusto Amorim

Titular: Flavio Bezerra Augusto Amorim

Dentista: Leidyane Cupertino

CRO/UF: JC992

00202540197300000108

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:	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 Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas Sim ☒
Reabsorção Ossea:	Sim ()	Não ☒	Radicular: Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ☒	Fonoaudiologia ☒
		Otorrinolaringologia ☒	Cirurgia Ortognática ()
		Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Cuidar os dentes"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica ☒ Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional ☒ Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Alinhador / fechador distais / resolver mordida cruzada.

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 () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim ☒ Há quanto tempo? 01 mês

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
19.05.22 Flavio Bezerra Amorim
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
19.05.22 Leidyane M. Cupertino
Data Assinatura Dentista
CRO-BA 16992