

Código Beneficiário: 002025116020400000101
Beneficiário: Douglas dos Santos Nascimento
Titular: _____
Dentista: Dra Caroline Lima CRO/UF: BA 24987

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
	Divisão 1ª ()	Divisão 2ª ()	Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
		Direita () Esquerda ()	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Inferior	Baixa () Normal (X) Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X) Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	8 mm	Inferior (em mm): 8 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: incomodo com o desalinhamento vertical

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Braquetes colados individualmente em cada dente utilizando resina especial, eles servem como pontos de ancoragem para movimentação dos dentes

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): _____ Inferior (tipo): _____
Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses
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.

08/10/24 Douglas dos Santos Nascimento
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

08/10/2024 Dra Caroline Lima
Data Assinatura Profissional e Carimbo
CRO 24987