

PACIENTE: PATRICIA

Dentição: Permanente (X) Mista () Decídua ()

Classificação de Angle: Classe I ()

() Classe II (X) Divisão 1ª (X) Divisão 2ª () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()

Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()

Relação Canina: Direita I () II (X) III () Esquerda I () II (X) III ()

Linha Média: Coincidente (X) Desvio Superior: Direita () Esquerda ()

Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()

Relação Transversal: Normal (X) Cruzada ()

Região: Anterior ()

Posterior () Unilateral () Bilateral ()

Overjet: Normal () Positivo () Negativo () Acentuado () (Moderado () Leve(X)

Overbite: Normal () Positivo () Negativo () Acentuado () Moderado (X) Leve (X)

Inclinação Dentária: Superior : Alta () Baixa (X) Normal ()

Inferior : Alta (X) Baixa () Normal ()

Maxila: Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()

Mandíbula Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()

Apinhamento: Sim () 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 Não (X)

Diastemas : Sim () 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 Não (X)

Reabsorção Óssea: Sim (X) 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 Não ()

Radicular: Sim (X) 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 Não ()

Discrepância de Modelos: Superior (em mm): 0MM

Inferior (em mm): 0MM

Dor ou Ruído Articular: Direita () Esquerda ()

Dor Muscular: Direita () Esquerda ()

Necessidade de Tratamento Complementar: Não () Sim (X) Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia ()
() Cirurgia Ortognática () Implantes (X) Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: finalizar o tratameno

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

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

Descrever Técnica: recolageme ode algumas peças , alinhamento e nivelamento, utilização de elásticos de classe 2 , , intercuspidação, estabilização, remoção do aparelho fixo e contenção 3x3 inferior e hawley superior.

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): 24

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (x) Há quanto tempo? **PERGUNTAR PARA A PACIENTE**

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário. Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas. ____/____/____

____/____/____

Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Data Assinatura Profissional e Carimbo