

Código Beneficiário: 002 025 117 612 00 176 -02
 Beneficiário: Vanessa Maria dos Santos Barreto
 Titular: Numa Nacio Barreto
 Dentista: Dr. Selo de Castro Allen CRO/UF: 13255/1/PE

Dentição:	Permanente	Mista	Decidua
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III () Esquerda I (X) II () III ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda () Desvio Inferior: Anterior () Unilateral (X) Bilateral () Posterior (X)	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda () Desvio Inferior: Anterior () Unilateral (X) Bilateral () Posterior (X)	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Overbite: Leve ()	Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta () Inferior Alta ()	Baixa () Baixa ()	Normal (X) Normal (X)
Maxila:	Protruída () Retruida (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída () Retruida (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Sim () Não ()	Fonocardiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pre Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: *causando desgaste nos elementos posteriores e dor occlusal*
 Plano de Tratamento: *Preventiva () Interceptiva () Ortodôntica () Corretiva (X)*
 Aparatologia: *Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()*
 Descrever Técnica: *Ap. F.v. no maxilar Ret. 22, auto-ligado*

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 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): 12
 Paciente Possui Aparelho Instalado: 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.
 11/12/20 e Vaveba
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário
 Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e integralmente por elas.
 29/12/20
 Data Assinatura Profissional
 CRO-MG 83555
 Odontologista
 Assinatura Profissional