

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: _____

Titular: _____

Dentista: Guilherme Lopes CRO/UF: 140211 SP

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 ()
		Negativo ()	Moderado ☒
		Leve ()	Overbite:
			Normal ()
			Positivo ☒
			Negativo ()
			Acentuado ☒
			Moderado ()
			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula
			Protruída () Retruída ☒
			Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Sim ()
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
			Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: apinhamento de todos os dentes

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

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

Descrever Técnica: fixo superior e inferior, expansão both, alívio e modelar, máquina classe II (elásticos intrínsecos), interarquitração, finalização

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): 24

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.

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

Data da Consulta Inicial: _____ Assinatura Beneficiário: _____

Data: 02/04/24 Assinatura Profissional e Carimbo: Guilherme Lopes