

Código Beneficiário:

Beneficiário: 000.025.1157.95900043.003

Trítular: MABÉLY WITNER ZEITZ

Dentista: Ulpia de Mattos

CRO/UF: 14483

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1° ()	Subdivisão Direita ()
Relação Canina: Direita I (☒) II () III ()	Esquerda I (☒) II () III ()	Divisão 2° ()	Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ☒ Esquerda ☒
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região: Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acetinado ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Negativo ()	Moderado ☒ Overbite: Normal () Positivo ☒ Negativo ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula: Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim () Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm)	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Sim () Não ()	Fonaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
		Quirurgia Ortognática ()	Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>MBT</u>			

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 ()

Inferior (tipo): Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>3 meses</u>
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 prestados sempre que julgar necessário

Carta da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

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

Assinatura do Dentista