

Código Beneficiário:

Beneficiário:

Titular:

Dentista:

CRO/UF:

|                                         |                              |                               |                         |                          |                          |                         |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                     | Decídua ( )             |                          |                          |                         |
| Classificação de Angle:                 | Classe I (X)                 | Classe II ( )                 | Divisão 1ª ( )          | Subdivisão Direita ( )   | Classe III ( )           | Subdivisão Direita ( )  |
|                                         |                              |                               | Divisão 2ª ( )          | Subdivisão Esquerda ( )  |                          | Subdivisão Esquerda ( ) |
| Relação Canina:                         | Direita I (X) II ( ) III ( ) | Esquerda I ( ) II ( ) III ( ) |                         |                          |                          |                         |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior:              | Direita ( )             | Desvio Inferior:         | Direita ( )              |                         |
|                                         |                              |                               | Esquerda ( )            |                          | Esquerda (X)             |                         |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                   | Região                  | Anterior ( )             | Unilateral ( )           | Bilateral ( )           |
|                                         |                              |                               |                         | Posterior ( )            |                          |                         |
| Overjet:                                | Normal (X)                   | Positivo ( )                  | Acentuado ( )           | Normal ( )               | Positivo ( )             | Acentuado ( )           |
|                                         |                              | Negativo ( )                  | Moderado ( )            |                          | Negativo ( )             | Moderado ( )            |
|                                         |                              |                               | Leve ( )                |                          |                          | Leve ( )                |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                      | Baixa ( )               | Normal (X)               |                          |                         |
|                                         | Inferior                     | Alta ( )                      | Baixa ( )               | Normal (X)               |                          |                         |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                  | Bem Posicionada         | Protruída ( )            | Retruída ( )             | Bem Posicionada (X)     |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11       | 21 22 23 24 25 26 27 28 | Diastemas                | Sim (X)                  | 18 17 16 15 14 13 12 11 |
|                                         | Não (X)                      | 48 47 46 45 44 43 42 41       | 31 32 33 34 35 36 37 38 | :                        | Não ( )                  | 48 47 46 45 44 43 42 41 |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11       | 21 22 23 24 25 26 27 28 | Radicular:               | Sim ( )                  | 18 17 16 15 14 13 12 11 |
|                                         | Não (X)                      | 48 47 46 45 44 43 42 41       | 31 32 33 34 35 36 37 38 |                          | Não (X)                  | 48 47 46 45 44 43 42 41 |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)             | Inferior (em mm):             |                         |                          |                          |                         |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Dor Muscular                  | Direita ( )             |                          |                          |                         |
|                                         | Esquerda ( )                 |                               | Esquerda ( )            |                          |                          |                         |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não (X)                      | Sim ( )                       | Fonoaudiologia ( )      | Otorrinolaringologia ( ) | Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes ( )           |
|                                         |                              |                               |                         |                          |                          | Pré Protéticas ( )      |

Queixa Principal do Paciente:

Diastemas 11, 21

|                      |                                                                                              |                  |                           |               |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|---------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva ( )                                                                               | Interceptiva ( ) | Ortopédica ( )            | Corretiva (X) |
| Aparatologia:        | Ortopédica Funcional ( )                                                                     | Fixa (X)         | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( ) |
| Descrever Técnica:   | Paciente com diastemas anteriores que serão corrigidos com aparelho removível de tratamento. |                  |                           |               |

|                                                           |                         |                         |                          |                         |                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Exodontias:                                               | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 | 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 |                          | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Ancoragem Superior (tipo):                                | Aparelho convencional   | Inferior (tipo):        | Aparelho convencional    |                         |                         |
| Prognóstico                                               | Favorável (X)           | Desfavorável ( )        | Duvidoso ( )             |                         |                         |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | 16 - 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

**Clinica Odontologica Romagna**  
Dr. Marcos Vinicius Romagna  
CRO-PR-22.725  
Diretor Clínico