

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Erick Rodrigo R. da Silva

Titular: _____

Dentista: _____

CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III (X)	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) 2 mm	Inferior (em mm): 2 mm	
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: Dentes tortos e mordida torta.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Instalação do aparelho fixo metálico convencional prescrito Roth, para alinhamento e nivelamento dos dentes superiores e inferiores, mecanismos de elástico para corrigir relação canina, manter espaço para posterior expansão de implante de 36x46 e correção de contornos superiores e inferiores.</u>			
Exodontias:	<u>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</u>			
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Barras palatais</u>		Inferior (tipo): <u>Barras linguais</u>	
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 meses</u>			
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.

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