

Código Beneficiário:

Beneficiário:

Titular:

Dentista:

CRO/UF:

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

espaço entre os dentes

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Técnica Straight Wire			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58
-------------	--	--------------------------	--

Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 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.

29.05.24
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

30.05.2024
Data

Assinatura Profissional e Carimbo