

Código Beneficiário:

Beneficiário: Daniel José Siquine Chaves

Titular:

Dentista: Susana Mehanna

CRO/UF: 12153/PR

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Classe III (x)
Relação Canina:	Direita I () II () III (x)	Esquerda I () II () III (x)	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (x)	Região
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada Mandíbula (x)
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (x)	

Queixa Principal do Paciente: Dor do elemento 21

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível (x)
 Descrever Técnica: 4x4 Sup-inf, intercruzadas, abin apoc, p/ aumento
M do 12, contat

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 (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico	Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): <u>30 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Drª Susana Mehanna
CRO/PR 12153