

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Danielly Lamas Souza

Titular: _____

Dentista: Danusa Pizzatto Pimentel Souza

CRO/UF: 2461

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

Queixa Principal do Paciente: Dentes protruídos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Straight-wire edgewise padrão II - Barra transpalatina superior para distalizer o 16 e 26 e intrín o 16 e 26 - desquite superior e inferior nos dentes anteriores.</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Barra transpalatina</u>		Inferior (tipo):	—	
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.

Data da Consulta Inicial: _____

Danielly Lamas Souza
Assinatura Beneficiário

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

Data: _____

Danusa P. Souza
Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Danusa Pimentel
Cirurgã-Dentista / Ortodontista
CRO-ES 2461