

Código Beneficiário: 0020253946260007303

Beneficiário: Waldir Amorim dos Santos

Titular:

Dentista: Monique Lustosa Pinto

CRO/UF: 27615

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III (X)	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve (X)
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa (X)
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	8,504 mm	Inferior (em mm): 0,354 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 varios espaços

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Vamos usar a Técnica Roth, onde usaremos as seis chaves de Andrews, fechando os diastemas, alinhando os dentes, deixando em classe I</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):	
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável () Duvidoso ()
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.

17/12/21 Waldir Amorim dos Santos
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

17/12/21
Data

Assinatura Profissional e Carimbo