

Código Beneficiário: 002 025 3213 742 0000102

Beneficiário: Ana Luiza Martins Pequena

Titular: Alvaro Pequena Raymundo

Dentista: Victor Cavalcanti Coelho

CRO/UF: 9981/PE

Dentição	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ()	Decidua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III <input checked="" type="checkbox"/>
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	Subdivisão Direita <input checked="" type="checkbox"/>
Relação Canina:	Direita I () II () III ()		Esquerda I () II () III <input checked="" type="checkbox"/>		
Linha Média:	Coincidente ()		Desvio Superior:		Desvio Inferior:
			Direita ()		Direita <input checked="" type="checkbox"/>
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>		Cruzada ()		Região
					Anterior ()
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>		Positivo ()		Acentuado ()
			Negativo ()		Moderado ()
Inclinação Dentária:	Superior		Alta ()		Baixa ()
	Inferior		Alta ()		Baixa ()
Maxila:	Protruída ()		Retruída ()		Bem Posicionada Mandíbula
					Protruída <input checked="" type="checkbox"/>
Apinhamento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Diastemas
					Sim ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()		Não <input checked="" type="checkbox"/>		Radicular:
					Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): 3,5 mm		Inferior (em mm): 3 mm		
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()		Esquerda ()		Dor Muscular
					Direita ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim ()		Fonoaudiologia ()
					Otorrinolaringologia ()

Queixa Principal do Paciente: gizos e apinhamentos

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Alinhamento e nivelamento + elásticos classe III esq. e dir.

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 Desfavorável () Duvidoso () Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não 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.
 23/01/20 Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
 02/02/06 Data Assinatura Profissional e Carimbo
 Dr. Victor Cavalcanti
 CRO-PE 9981