

Código Beneficiário: 00202940102900000101

Beneficiário: LAMILA NEVES VILHA

Titular:

Dentista:

CRÓ/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 (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Overbite: Leve (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X) Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente:

Dentes muito juntos.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortodôntica () Corretiva (X)

Aparatologia: Ortodôntica Funcional () Fixa (X) Ortodôntica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Alinhador e fôrca (arcos). Banda 2ª mão sup. e ou mesmo dentes. Levantador Mandib. Corrigir divergência 27. Exo 5.3. Trueta 13. Dente 46 que apresenta divergência entre 1ª e 2ª mão sup. P. ruído encavalado mandíbula em 1ª. Avaliação em 2ª e 3ª mão sup. II

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): Inferior (tipo):

Prognóstico: Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

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

Data de Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo