

Código Beneficiário: 00202539864100000102

Beneficiário: Clayton Aneluz da Faria

Titular: _____

Dentista: _____

CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()		
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ☒	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ☒			Leve ☒	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒			
	Inferior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ☒	Retruida ()	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ☒	Retruida ()	Bem Posicionada ()
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		
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
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		
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	+ 2	Inferior (em mm):	0			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: espaço entre os dentes

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Straight wire. Alinhar e nivelar; Slice para reter inferior e conse-
guir espaço para melhorar a oclusão. Reanatomizar 12 e 22.

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	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		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ☒	Inferior (tipo):	Duvidoso ()
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36		
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.

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Dr. Priscila Blom Mota
Assinatura Profissional
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ 35 735