

Código Beneficiário: 00202546916200000001

Beneficiário: Amanda de Souza Leme

Titular:

Dentista: Simone Ramalho Fernandes

CRO/UF: 123279-SP

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III () Esquerda I ☒ II () III ()		
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ☒	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	Díastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>MBT</u>			

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 ()
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 meses</u>		
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 prestadas são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

23/03/22 x Amanda de Souza Leme

27/05/22

Dr. Simone Ramalho
Cirurgiã Dentista
CRO: 123279

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo