

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: _____

Titular: _____

Dentista: _____

CRO/UF: _____

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

Queixa Principal do Paciente: _____

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ()	Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: _____	

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 Não () Sim ()	
Há quanto tempo? Previamente?	

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 _____

Assinatura Profissional e Carimbo _____