

Código Beneficiário: 00202545558000000101
 Beneficiário: MATHEUS DA SILVA CORRÊA
 Titular: _____
 Dentista: BRENDA CARNEIRO REBOUÇAS CRO/UF: 19668/BA

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III <input checked="" type="checkbox"/>	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II () III <input checked="" type="checkbox"/>	Esquerda I () II () III <input checked="" type="checkbox"/>				
Linha Média:	Coincidente ()		Desvio Superior:		Direita ()	Desvio Inferior: Direita ()
					Esquerda ()	Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada <input checked="" type="checkbox"/>	Região	Anterior <input checked="" type="checkbox"/>	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado <input checked="" type="checkbox"/>	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()
			Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Moderado ()	Overbite: Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Moderado ()
		Leve ()				Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa ()	Normal ()		
	Inferior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa ()	Normal ()		
Maxila:	Protruída ()	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída <input checked="" type="checkbox"/>	Retruída ()
			()		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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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)		3 mm	Inferior (em mm):		4 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()			
	Esquerda ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()					
	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática <input checked="" type="checkbox"/>	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: CORREÇÃO DOS DENTES PARA MASTICAR MELHOR.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: ALINHAMENTO E NIVELAMENTO E PREPARO PRÉ-CIRURGICO

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): Inferior (tipo):
 Prognóstico Favorável Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.
11/04/22 Matheus de S. Corrêa
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
11/04/22
 Data

Brenda Rebouças
 Assinatura Prática em Cirurgia Dentista
 CRO BA 19.668