

Código Beneficiário: 002 02532756 900000 101

Beneficiário: Allan Pessoa Rezende

Titular:

Dentista: Samanta Monina Dutra

CRO/UF: 14427

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 (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) 3mm	Inferior (em mm) 3mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim (X)	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X) Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Botão + alinhamento e nivelamento / uso de molas / mecânica com elásticos, intrínseca - contínuo			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):				
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	30 meses				
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	Sim (X)	Há quanto tempo?	2 anos	

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

09 NOV 2020

Data da Consulta Inicial

Allan P. Rezende

Assinatura Beneficiário

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

09/11/20

Data

Dra. Samanta Protte
Cirurgia Dentista
CRO 14427

Assinatura Profissional e Carimbo