

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Gabriela Joacis da Rocha

Titular: _____

Dentista: Sarah Camila Honorato

CRO/UF: 20.827/SC

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

Queixa Principal do Paciente: Correção mordida.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento, nivelamento, desgastes interproximais, correção de mordida cruzada anterior, correção de linha média superior e inferior, correção das classes dentárias.</u>			

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 (X)	Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X) 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

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Sarah C. Honorato
Cirurgiã Dentista
CRO-SC 20827