

Código Beneficiário: 00202511394700003901

Beneficiário: José Apocido Marques

Titular: José Apocido Marques

Dentista: Priscila Ferraz

CRO/UF: 23612

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	0	Inferior (em mm): 5 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: Arterial mordida

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Corrigir classe I com uso de elásticos intermaxilares, desinclinar 46 e 36			

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
Ancoragem Superior (tipo):	Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	12		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	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

Dr. Priscila Ferraz
Cirurgiã Dentista
CRO, 23 612