

Código Beneficiário: 00202512069700000 9102

Beneficiário: Jose Victor Luiz da Silva

Titular:

Dentista: Sandra Barbosa Albuquerque

CRO/UF:

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

Queixa Principal do Paciente:

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Aparelho fixo

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): Médio 6 meses a 1 ano, podendo ser mais

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.

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

CRO 1860

Ortodontia Clínica Geral