

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Jessica de Souza Tomaz

Titular: _____

Dentista: Bianca Figueiredo Rodrigues

CRO/UF: 13040

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

Queixa Principal do Paciente: "AUM MOROEA COM OS DENTES DA FRENTE"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Aprimamento / nivelamento, slice anterior inferior, elástico para correção linha média inf (melhorar), elástico cl. II direita + el. classe II esq., elástico para intercuspidação Remoção aparelho, instalação contenções. Acompanhamento. [Obs]: Provável mente será necessário reanatomização dos elementos 12, 11, 22, 21. - será analisado de acordo com o andamento do caso.</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):	<input checked="" type="checkbox"/>	Inferior (tipo):	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prognóstico	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso <input checked="" type="checkbox"/>	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>42 meses</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não <input checked="" type="checkbox"/>	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.

03/01/23

Assinatura Beneficiário

03/01/23

Data

Bianca Figueiredo Rodrigues

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Bianca Figueiredo
Ortodontista
CRO - DF 13040