

DADOS

Nome do dentista:		Telefone: ()
Nome do cliente:		Telefone: ()
Plano:	Código:	Contrato N°:

SITUAÇÃO ATUAL

Mordida aberta:	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Posterior	Mordida cruzada:	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Posterior
Apinhamento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diastema:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sobressaliência:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sobremordida:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Desvio de linha mediana:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Giroversão (dentes):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Relação molar	Descrição:		
Doença periodontal:	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Ativa	Perda óssea:	<input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> Generalizada
Exodontias realizadas:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais dentes?:	
Foi realizado acompanhamento radiográfico?:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

PLANEJAMENTO

Outras considerações ou alterações no planejamento:

Tempo previsto para o término do tratamento: