

Código Beneficiário: 00202553311900575101

Beneficiário: WALTER LOPES DE ALMEIDA JUNIOR

Titular:

Dentista: EUZABETH NIEMEYER

CRO/UF: 19885

Dentição	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()			
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ()
					Moderado ()
					Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()	
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída ()
			(X)		Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (X)
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
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: alinhar e fechar espaços

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

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

Descrever Técnica: alinhar - nivelar - fechar diastemas superiores e inferiores, verticalizar anteriores superiores e inferiores

Exodontias: 6 47 46 45 44 43 42 41 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11

Ancoragem Superior (tipo): Amortizadora Inferior (tipo): Amortizadora

Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 20 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado: 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.

Data da Consulta Inicial: 21/10/24 Assinatura Beneficiário: Walter Lopes de Almeida Junior

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

Data: 21/10/24 Assinatura Profissional: [Assinatura]