

Código Beneficiário: 00202553311900598201  
 Beneficiário: DANIEL DOS SANTOS DA SILVA  
 Titular: Daniel dos Santos da Silva  
 Dentista: LUCAS ALBERTON FELER CRO/UF: 21761/SC

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/> Mista ( )	Decídua ( )
Classificação de Angle:	Classe I ( ) Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1* ( ) Subdivisão Direita ( ) Divisão 2* ( ) Subdivisão Esquerda ( )
Relação Canina:	Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )	Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )
Linha Média:	Coincidente ( )	Desvio Superior: Direita ( ) Esquerda ( )
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada ( ) Região Anterior ( ) Posterior ( )
Overjet:	Normal Positivo <input checked="" type="checkbox"/> Negativo ( )	Acentuado ( ) Moderado ( ) Overbite: Leve <input checked="" type="checkbox"/>
Inclinação Dentária:	Superior Alta ( ) Inferior Alta ( )	Baixa ( ) Normal <input checked="" type="checkbox"/> Baixa ( ) Normal <input checked="" type="checkbox"/>
Maxila:	Protruída <input checked="" type="checkbox"/>	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	Diastemas Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita ( ) Esquerda ( )	Dor Muscular Direita ( ) Esquerda ( )
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ( ) Sim ( )	Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) Implantes <input checked="" type="checkbox"/> Pré Protéticas ( )

Queixa Principal do Paciente: "Alinhar dentes"

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva   
 Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa  Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )

Descrever Técnica: Alinhador invisível, correção de Spee, elásticos Classe II diretos e correção sagital, evolvendo com o alinhamento.

Exodontias:  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): Favorável  Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
 Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36  
 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.

10/04/24 Data da Consulta Inicial  
Daniel dos Santos da Silva Assinatura Beneficiário

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

10/04/24 Data  
Dr. Lucas Alberton Feler Assinatura Dentista  
 Cirurgião - Dentista  
 CRO/SC 21761