

Código Beneficiário: 002 025 110 62 60 000 254 02

Beneficiário: Luiz Henrique Eugênio de Souza

Titular:

Dentista: Daiana Cristina Genaro

CRO/UF: 134494

| | | | | | | | |
|---|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|---|------------------------|-------------------------|
| Dentição: | Permanente (X) | Mista () | Decídua () | | | | |
| Classificação de Angle: | Classe I (X) | Classe II () | Divisão 1ª () | Subdivisão Direita () | Classe III () | Subdivisão Direita () | 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 () | Cruzada (X) | Região | Anterior () | Unilateral () | Bilateral () | |
| | | | | Posterior (X) | Supra | | |
| Overjet: | Normal (X) | Positivo () | Acentuado () | Normal (X) | Positivo () | Acentuado () | |
| | | Negativo () | Moderado () | | Negativo () | Moderado () | |
| | | | Leve () | | | Leve () | |
| Inclinação Dentária: | Superior | Alta () | Baixa () | Normal (X) | | | |
| | Inferior | Alta () | Baixa () | Normal (X) | | | |
| Maxila: | Protruída () | Retruída () | Bem Posicionada Mandíbula (X) | Protruída () | Retruída () | Bem Posicionada (X) | |
| Apinhamento: | Sim (X) | 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 (X) | 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 | Radicular: | Sim () | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | | |
| | Não (X) | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | | Não (X) | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | | |
| Discrepância de Modelos: | Superior (em mm) | -1 | Inferior (em mm): | 0 | | | |
| Dor ou Ruído Articular: | Direita () | Dor Muscular | Direita () | | | | |
| | Esquerda () | | Esquerda () | nenhuma | | | |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não () | Sim () | Fonoaudiologia () | Otorrinolaringologia () | Cirurgia Ortognática () | Implantes () | Pré Protéticas () |

Queixa Principal do Paciente:

Dentes tortos

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

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

Descrever Técnica: Roth

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 (X) Desfavorável () Duvidoso ()

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) 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

03 08 24
Data

Daiana Genaro
Assinatura Profissional e Rubrica

Dr^a. Daiana Genaro
Cirurgiã dentista
CROSP 134494