

Código Beneficiário: 002.025053311900614004

Beneficiário: JONATHAN SILVA FERNANDES

Titular: JUCELIO FERNANDES OLIVEIRA SILVA

Dentista: LUCAS ALBERTON FELER

CRO/UF: 21761/SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado ☒ Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim () Não ☒	Diastemas	Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	Radicular:	Sim () Não ☒
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 () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes muito para frente

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento, nivelamento, correção da curva de Spee e indicação para extração 14 e 24, para posterior posicionamento para correção sagital, anelão ir evoluindo até fase de finalização.</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 X 13 12 11 21 22 23 X 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):	Prognóstico Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36</u>			
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.

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

02.09.24
Data da Consulta Inicial

Francisca Maria Silva Fernandes
Assinatura Beneficiário

02.09.24
Data

Dr. Lucas Alberton Feler
Assinatura Profissional
CRO/SC 21761