

Código Beneficiário: 0020253994900000302

Beneficiário: Sheila Rodrigues Monteiro

Titular: Jeremilson da Silva Coelho

Dentista: Ellen Ramony Abragado Mauer

CRO/UF:

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
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruida ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	Não ()	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>-13,1 mm</u>	Inferior (em mm): <u>-2,5 mm</u>	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular
Necessidade de Tratamento Complementar:	Sim ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: - Descrita no verso deste Planejamento

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): Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 43 meses
 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.

29/12/23
Data da Consulta Inicial

Sheila Rodrigues Monteiro
Assinatura Beneficiário

29/12/23
Data

Ellen Ramony Abragado Mauer
Assinatura Profissional e Carimbo
 Dra. Sorriso
 CRO: 43.281.105/0001-7
 DR. Ellen Ramony
 CRO 1148