

Código Beneficiário: 00202521702800001901

Beneficiário: ATILA DENIS CARDOSO DA SILVA

Titular:

Dentista: ALBERTO FARIA DE OLIVEIRA NETO

CRO/UF: 4399/CE

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ☒ Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Posterior ☒
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Alta ☒	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 33 32 31 30 29 28	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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	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 ()

Queixa Principal do Paciente: APINHAMENTO

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: ROTH SLOT 022

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 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 () Desfavorável () Duvidoso ☒

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

11/11/23
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

23/02/24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo
Dr. Alberto Faria
 Odontologista
 CRO-CE 4399