

Código Beneficiário: 00202578895500025902

Beneficiário: Pedro Henrique Da Rosa Melo

Titular: José Henrique Antunes Melo

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		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 (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
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 ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (X)	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 ()	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)	Inferior (em mm):				
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()			
	Esquerda ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
						Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Finalizar tratamento (dentes eram tortos)

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhar, nivelar, fechar diastemas com elastico corrente e corrigir curva de Spee</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	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		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):	<u>15 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo? <u>12 meses</u>

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

01/11/24 Pedro Melo
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

01/11/24 Guilherme A. Assmann
Data Assinatura Profissional e Carimbo