

Código Beneficiário: 002025584133 00000201
Beneficiário: PEDRO FELIPE DA SILVA LEMOS ANDRADE
Titular: PEDRO FELIPE DA SILVA LEMOS ANDRADE
Dentista: ADRIANA NASCIMENTO DE ALMEIDA CRO/UF: SP 88912

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
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)	— , —	Inferior (em mm): — , —
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia (X)
	Sim (X)	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X)
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: - DENTES SUPERIORES MESALINADOS, PRONTO QUE SEMPRE AUMENTA O ALVO SUP. O MANO CITA CRISE DE SUA NECESSÁRIA CIRURGIA ORTOGNÁTICA, E QUE ALINHADO SEU OCUPAR DO ALINHADO.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: — Ortopédica Funcional () Fixa () 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
NÃO SE APLICA.

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável () Desfavorável (X) Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) 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.

07/03/24 X [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

07/03/24 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Adriana N. de Almeida

Cro:88912

Adriana N. de Almeida

Cro:88912