

Código Beneficiário: 002.025.0788955.000427.03

Beneficiário: LARISSA FARIAS

Titular: DOUGLAS DOS SANTOS FARIAS

Dentista: LUCAS ALBERTON FEIER

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 () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: Dentes desalinhados

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento e nivelamento, correção de Spee, corrigindo também a mordida profunda, além das linguinhas de 33 e 43, ademais, ir ajustando giroversões e inclinações.</u>			
Exodontias:	☒ 17 ☒ 16 ☒ 15 ☒ 14 ☒ 13 ☒ 12 ☒ 11 ☒ 21 ☒ 22 ☒ 23 ☒ 24 ☒ 25 ☒ 26 ☒ 27 ☒ 28 ☒ 31 ☒ 32 ☒ 33 ☒ 34 ☒ 35 ☒ 36 ☒ 37 ☒ 38	Desgaste Inter proximal:	☒ 17 ☒ 16 ☒ 15 ☒ 14 ☒ 13 ☒ 12 ☒ 11 ☒ 21 ☒ 22 ☒ 23 ☒ 24 ☒ 25 ☒ 26 ☒ 27 ☒ 28 ☒ 31 ☒ 32 ☒ 33 ☒ 34 ☒ 35 ☒ 36 ☒ 37 ☒ 38	
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo?	<u>03 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.

23.08.24
Data da Consulta Inicial

Shirley Farias
Assinatura Beneficiário

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

23.08.24
Data

Dr. Lucas Alberton Feier
Assinatura Profissional e Carimbo
CRO/SC 21761