

Código Beneficiário:

Beneficiário: Francisco Paulo Azevedo

Titular:

Dentista: Sarah C. Wemmer

CRO/UF: 20.827/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:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta ☒ Alta ()	Baixa () Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	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 ()
		Implantes ☒	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Alinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Alinhamento, nivelamento, correção de curvas.

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	Prognóstico Favorável ☒	Inferior (tipo):	Prognóstico Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
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 / 24
Data da Consulta Inicial

Francisco Paulo Azevedo
Assinatura Beneficiário

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

11 / 11 / 24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo