

Código Beneficiário: 002051157959 00000903

Beneficiário: baro banghammer guberte

Titular: baro banghammer

Dentista: Elizabeth Berkenbrock Niemeyer

CRO/UF: 19885/5

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III (X)
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()

Queixa Principal do Paciente: estético

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar - nivelar - Expandir maxila - elástico CII lado direito			

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
Ancoragem Superior (tipo):	dentária	Inferior (tipo):	dentária
Prognóstico:	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 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.
30/10/24
Data da Consulta Inicial

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
30/10/24
Data

Elizabeth Niemeyer
Ortodontista
Assinatura Profissional e Carimbo