

Código Beneficiário: 002.025.26720.000001.02

Beneficiário: Daniel Beatriz dos Santos Begemma

Titular:

Dentista: Zilmar Cealme Romagosa

CRO/UF: 458/AP

Dentição: Permanente (X) Mista () Decidua ()	
Classificação de Classe I (X) Classe II () Classe III ()	
Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()	
Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda () Subdivisão Direita ()	
Relação Canina: Direita (X) II () III () Esquerda (X) II () III ()	
Linha Média: Coincidente (X) Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	
Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()	
Relação: Normal (X) Cruzada () Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()	
Transversal: Normal (X) Positivo () Acentuado () Overbite: Normal (X) Positivo () Moderado () Leve ()	
Overjet: Normal (X) Positivo () Moderado () Leve (X)	
Inclinação: Superior: Alta () Baixa () Normal (X) Inferior: Alta () Baixa () Normal (X)	
Dentária: Superior: Alta () Baixa () Normal (X) Inferior: Alta () Baixa () Normal (X)	
Maxila: Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula: Protruída () Retruída () Bem Posicionada (X)	
Apinhamento: Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	
NÃO () 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31	
Reabsorção: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	
NÃO (X) 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31	
Ossear: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	
NÃO (X) 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31	
Discrepância de Superior (em mm): Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído: Direita () Esquerda ()	
Articular: Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento: Não (X) Sim ()	
Complementar: Fonoaudiologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()	

Paciente: Daniel Beatriz

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Removível ()

Descrever Técnica: Preservação MBT + movimento + alinhamento + nivelamento +

Exodontias: X 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 X 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 X 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 X 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): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado: Não (X) Sim ()

Previamente? 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.

Assinatura Beneficiário: Daniel Beatriz dos Santos Begemma

Data da Consulta Inicial: 24/10/20

Assinatura Profissional e Carimbo: Dr. Eder Coelho Odontologia CRO-458-AP

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