

Código Beneficiário: 0020353260560000101

Beneficiário: Solange da Aparecida da Silva Baro de Oliveira

Titular:

Dentista: Anderson Coutinho Felício

CRO/UF: 14941

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
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 ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
Mandíbula:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim ☒ 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41
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: DENTES ABERTOS

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	APARATOLÓGICA FIXA, LÍB NITE, NÃO RETENTORIAL. CASO CEF.			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	Inferior (tipo):	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24				
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.

20/05/2021, Solange MS Siqueira
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

20/05/2021, Anderson C. Felício
Data Assinatura Profissional e Carimbo