

Código Beneficiário: 002.025.551077.000001.01

Beneficiário: Ana Carla de Carvalho

Titular: Ana Carla de Carvalho

Dentista: Abela Odontologia e Estética

CRO/UF: 132528

|                                         |                                                |                                                               |                                                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/> | Mista ( )                                                     | Decidua ( )                                        |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                                   | Classe II ( )                                                 | Classe III <input checked="" type="checkbox"/>     |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II ( ) III ( )                   | Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) |                                                    |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                | Desvio Superior:                                              | Desvio Inferior:                                   |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>     | Cruzada ( )                                                   | Região Anterior ( ) Posterior ( )                  |
| Overjet:                                | Normal <input checked="" type="checkbox"/>     | Positivo ( )                                                  | Acentuado ( )                                      |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                       | Alta <input checked="" type="checkbox"/>                      | Baixa ( )                                          |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>  | Retruida ( )                                                  | Bem Posicionada                                    |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                                        | Não <input checked="" type="checkbox"/>                       | Diastemas                                          |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                                        | Não <input checked="" type="checkbox"/>                       | Radicular:                                         |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                               | Inferior (em mm):                                             |                                                    |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                                    | Esquerda ( )                                                  |                                                    |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não ( )                                        | Sim <input checked="" type="checkbox"/>                       | Fonoaudiologia <input checked="" type="checkbox"/> |

Queixa Principal do Paciente: diastemas

|                                                           |                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                 |                                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Plano de Tratamento:                                      | Preventiva ( )                                                                                                                                                                                | Interceptiva ( )                         | Ortopédica ( )                                  | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aparatologia:                                             | Ortopédica Funcional ( )                                                                                                                                                                      | Fixa <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral ( )                       | Removível ( )                                 |
| Descrever Técnica:                                        | MBT fixo metálico; Alinhar e nivelar; mecânica com elástica; fechamento de diastemas; correção de torções; uso do G3 para planejar implante; se necessário mecanotomizar laterais superiores. |                                          |                                                 |                                               |
| 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):                                | Favorável ( )                                                                                                                                                                                 | Desfavorável ( )                         | Duvidoso <input checked="" type="checkbox"/>    |                                               |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | 24 meses                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                 |                                               |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

05/04/23

Data

Christy M. Nakagawa  
Cirurgia Dentista

CRO 132528

Assinatura Profissional e Carimbo