

Código Beneficiário: 0020254576210000103

Beneficiário: Yasmin Giarana Urbano Silva

Titular:

Dentista: Angelica Inacio Pires

CRO/UF: 20438-SC

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

Queixa Principal do Paciente: Dentes todos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:				

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo):	<u>Tubos</u>	Inferior (tipo):	<u>Tubos</u>
Prognóstico:	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
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.

16/04/22 Yasmin Giarana Urbano Silva
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

16/04/22 Dra. Angelica Inacio Pires
Data Assinatura Dentista

CRO SC 20438