

Código Beneficiário: 002025115795900129802
Beneficiário: GERINALVA DE LIMA DO NASCIMENTO
Titular: CARLOS ROBERTO DO NASCIMENTO
Dentista: LUCKS ALBERTON FEIER CRO/UF: 21761/SC

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 () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒ Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Overbite: Leve ()	Normal ☒ Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta ☒ Baixa () Inferior Alta ☒ Baixa ()	Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula ☒	Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas Sim ☒ 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim ☒ 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Dor Muscular Esquerda ()	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ☒ Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ☒

Queixa Principal do Paciente: "Acumular dentes mortos"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Alinhamento, nivelamento, correção curva de spee, permanecer espaço entre 34 e 37 com mola fechada, e uma linguar.

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	Desgaste Inter proximal: 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):	Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()	Inferior (tipo):
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36</u>	
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.

04/10/24 Gerinalva de Lima
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

04/10/24 Dr. Lucas Alberton Feier
Data Assinatura Profissional e Carimbo

CRO/SC 21761