

Código Beneficiário: 002.025.0788955.000427.04

Beneficiário: MARIANA FARIAS

Titular: DOUGLAS DOS SANTOS FARIAS

Dentista: LUCAS ALBERTON FELER

CRO/UF: 21761/SC

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II () III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior (X)
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X) Inferior	Baixa () Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar e Nivelar, corrigir a curva de spee, corrigir antecross dos dentes apinhados, além dos incisivos laterais serem corrigidos, e após, acompanhar o crescimento e alinhamento do caso.			
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 (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Prognóstico				
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo?	03 meses

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

23.08.24 Ghielle Farias
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

23.08.24 Lucas Alberton Feler
Data Assinatura Profissional e Carimbo
CRO/SC 21761