



103482384, MICHELLE MOURA DA SILVA
Data de nascimento: 03/10/1985
Criada: 18/11/2021 14:23:48
Dr GERALDO FERREIRA DA SILVA
Largura física: 21.353 cm



Código Beneficiário:

002 025 422 996 000001 - 01

Beneficiário:

Michelle Moura da Silva

Titular:

Dentista:

Geraldo Ferreira da Silva

CRO/UF: 3916

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 () Negativo ()	Acentuado ☒ Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒ Normal ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒ Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ()	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
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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
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:

Boca não consegue fechar (mordida aberta)

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

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):	Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável ()	Desfavorável ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	Duvidoso ☒
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	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.

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo
Geraldo Ferreira da Silva
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-ES 5916