

Código Beneficiário: 00202511062600011201

Beneficiário: Alexsandra Alves dos Santos

Titular:

Dentista: Dra Camila Kawachi CRO/UF: 102244

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
Angle:		Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina: Direita I () II () III (X)	Esquerda I (X) II () III ()		
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acetuated ()
	Negativo ()	Moderado ()	Overbite:
		Leve (X)	Normal (X)
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (X)	Baixa (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()
			Protruída ()
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	Diastemas Sim ()
			Não (X)
Reabsorção Ossea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim ()
			Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): 2	Inferior (em mm): 1	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Complementar:	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
			Cirurgia Ortognática ()
			Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dente torto.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Funcionamento do elemento 13 e fazer montagem esttica do elemento 22 (dente cônico). Circular e contemp.</u>			
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):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duidoso ()	
Prognóstico:				
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	8			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo?	<u>3 anos.</u>

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.

09/04/24 09/04/24

Assinatura Beneficiário Assinatura Profissional e Carimbo

Dra Camila Kawachi
Cirurgia Dentária