

Código Beneficiário: 002025457628000001

Beneficiário: Isidely Fernanda Urbano Silva

Titular:

Dentista: Angélica J. Reis

CRO/UF: 20438-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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Overbite: Normal () Positivo () Acentuado () Leve () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒ Normal ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒ 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	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		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	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		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	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes ☒ Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes para frente.

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

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
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

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.

16/04/22 Isidely Fernanda Urbano Silva
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

16/04/22 Angélica J. Reis
Data Assinatura Profissional e Carimbo