

Código Beneficiário: 002 025 0462982 000 247 02

Beneficiário: Sonia da Rocio dos Anjos Redigues

Titular: Marcos Martins Redigues

Dentista: Camilla Suelena Delpe

CRO/UF:

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I () II (x) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (x) Esquerda (x)
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (x) Negativo ()	Acentuado () Moderado (x) Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (x)	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	Não (x)	Diastemas Sim (x) Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim (x)	Não ()	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	3mm	Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente:

Quer colocar o aparelho inferior p/ poder colocar uma prótese total sob implante superior

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: aparelho fixo convencional ortodôntico inferior.

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): Inferior (tipo): Fixa, braquetes e mini-implantes.

Prognóstico Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (x) 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

12 / 03 / 25

Data

Camilla V. Sanches
Cirurgiã Dentista
CRO-SC 21.236

Assinatura Profissional e Carimbo