

Código Beneficiário: 002025115785900140701

Beneficiário:

Titular: Elavio William Nunes

Dentista: Ana Claudia Wahl de Carvalho

CRO/UF: 17548

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região	Anterior ☒	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ☒			Leve ☒	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()			
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()			
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada	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 ()	Fonologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ☒	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

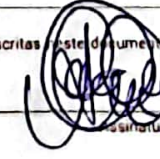
Quero colocar aparelho

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Arco fixo</u>			

Exodontias: ☒ 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):	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 meses</u>		
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.
10/09/24 Elavio W. Nunes
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e integrais.
10/09/24
 Data

 Assinatura Profissional e Carimbo
 CNPJ 50.523.565/0001-21