

Código Beneficiário: 002 025 108 751 00604222

Beneficiário: Katia Quadros Ortadiniki

Titular:

Dentista: Fernando Maria Pinho de Almeida

CRO/UF: 22339 PR

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe <u>I</u>	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita <u>I</u>	II () III ()	Esquerda <u>I</u>
Linha Média:	Coincidente <u>I</u>	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal <u>I</u>	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não <u>I</u>	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não <u>I</u>	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: "Apinhamento"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva I
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa I Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Tratamento alinhamento e nivelamento, torque superior e inferior, elásticos interarquitados e finalização.

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

Ancoragem Superior (tipo): Yumbo Inferior (tipo): Yumbo
 Prognóstico: Favorável I Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim I Há quanto tempo? 12 meses

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.

Data

Assinatura Profissional de Almeida
CRO/PR 22.339