

Código Beneficiário: 002 025 4027 91 00000101

Beneficiário: Sandra Eliane Telles

Titular:

Dentista: Susana Mehanna

CRO/UF: 12153/PR

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

Queixa Principal do Paciente: apinhamento Superior

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

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (A) Ortopédica Extra Oral () Removível (X)

Descrever Técnica: MBT, alinhamento e nivelamento, inter arcos, e autoanalisador

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 () Duvidoso ()

Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Superior Somente Sim (X) 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: 18/08/2021 Assinatura Beneficiário: Sandra E. Telles

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

Data: 18/08/2021 Assinatura Profissional e Carimbo: Susana Mehanna

D^{ra} Susana Mehanna
CRO/PR 12153