

Código Beneficiário:

Beneficiário: Franisco Paulo Azevedo

Titular:

Dentista: Sarah Camila Honorato

CRO/UF: SC - 20827

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III (x)	Esquerda I () II () III (x)			
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita ()	Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Overbite:	Normal ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (x)	Baixa ()	Normal (x)	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)	Protruída (x)	Retruída ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (x)
	Não (x)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não (x)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (x)
Discrepância de Modelos:	Superior (em 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 ()	Pré Protéticas (x)	

Queixa Principal do Paciente:

Corrigir dentes e mordida

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento, nivelamento, correção de oclusão</u>			

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		48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (x)		Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Prognóstico					
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>				
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 fornecidas são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

11/21/24
Data

Dra. Sarah C. Honorato

Cirurgiã - Dentista

CRO - 20.827

Assinatura Profissional e Carimbo