

Código Beneficiário: 00 202546 2487 0000 203

Beneficiário: Erick Martin Pedrosa

Titular:

CRO/UF: 20438 - SC

Dentista: Angelica I. Pres

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()	
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()		
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:
			Esquerda ()	Direita ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()
				Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()	Normal ()
		Negativo ()	Moderado ()	Positivo ()
			Leve ()	Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()
	Inferior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada	Protruída ()
			()	Retruida ()
				Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas
	Não ()	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:
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
	Sim ()			Implantes ()
				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ()
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica:

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):
 Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

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

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.

16/04/22 - Marcia Martins
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

16/04/22 - Dra. Angelica I. Pres
 Data Assinatura Ortodontista
 CRO SC 20438