

Código Beneficiário: 00202531754700000 101

Beneficiário: GIOVANNA LORENÇO DE MORAIS

Titular: a MESMA

Dentista: CARLA JAVARES ERGAS

CRO/UF: 40/61/SP

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda (X)
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Alta (X)	Baixa (X) Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula () 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): -5.4	Inferior (em mm): +6.86	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X) 46 Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: DENTES BRB'S.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: STRAIGHT WIRE Roth 56+22. ALINHAMENTO - NIVELAMENTO - DESGASTES INTER PROXIMAIS ANTERIORES - DISTALIZACAO 41-42-43-44-45 - MECANICA CLASSE 2 - INTERCUS P.D.A CPO - CONTEN CPO.

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): — Inferior (tipo): —

Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36

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.

08.06.21

Assinatura Beneficiário

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

08.06.21

Data

Assinatura Profissional
CARLA T. ERGAS
CRO 40/61
CPF 134.627.818-04