

Código Beneficiário: 0020255355340000101

Beneficiário: Deise Araújo da Conceição

Titular: Deise Araújo da Conceição

Dentista: Ana Luísa de Faria Guerra

CRO/UF: SSP/SP 121.999

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
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 ()
			Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região
			Anterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula ()
			Protruída ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ☒
	Esquerda ()		Esquerda ☒
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒		
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
		Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: concertar os dentes debaixo q estão tortos.

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

Exodontias:	16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27	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		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):					
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒	Sim ☒	Há quanto tempo?	1 mês	

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

27/10/2022 Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

27/10/2022 Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Ana Luísa de Faria Guerra
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 121.999