

Código Beneficiário: 00202543610900000101

Beneficiário: Leidiane Sampaio Rodrigues

Titular: Leidiane Sampaio Rodrigues

Dentista: Elaine Cristina Macêdo Machado

CRO/UF: 0139/CE

|                                         |                                                              |                                                                              |                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                                    | Decídua ( )                                                                                                     |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>                 | Classe II ( )                                                                | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )                                 |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) | Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )                | Classe III ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Subdivisão Esquerda ( )                                                |
| Linha Média:                            | Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>              | Desvio Superior:                                                             | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal ( )                                                   | Cruzada <input checked="" type="checkbox"/>                                  | Região Anterior ( )<br>Posterior <input checked="" type="checkbox"/>                                            |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo ( )<br>Negativo ( )                                                 | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                                                       |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta <input checked="" type="checkbox"/>                                     | Baixa ( )<br>Normal ( )                                                                                         |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>                | Retruida ( )                                                                 | Bem Posicionada Mandíbula ( )<br>Protruída <input checked="" type="checkbox"/> Retruida ( ) Bem Posicionada ( ) |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                                                      | 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)                                             | Inferior (em mm):                                                            |                                                                                                                 |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                  | Dor Muscular                                                                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                     |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( ) Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )                                                                                |

Queixa Principal do Paciente: Dor nos dentes e mordida aberta

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): Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

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

25/11/21  
Data da Consulta Inicial

Leidiane Sampaio Rodrigues  
Assinatura Beneficiário

25/11/21  
Data

Elaine Macêdo  
Assinatura Profissional e Registro  
CIRURGIÁ DENTISTA  
CRO CE: 10139