

Código Beneficiário: 00.20.2554436800000101

Beneficiário: Lucas Gomes de Souza

Titular:

Dentista: Dra. Aline Netto de Godoy

CRO/UF: 116085

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

Queixa Principal do Paciente: Dor no maxilar

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: ortodontia fixa (Roth), alinhamento e nivelamento, inclusão do dente 13 no arco, arcadura moldada posterior esquerda e finaliza com implantes

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 (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 48 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado: Não (X) Sim () Há quanto tempo?
 Previamente?

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

14/05/24 x Lucas G. de Souza
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas no formulário são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

14/05/24
 Data Assinatura Profissional e Crambo

Dra. Aline Netto de Godoy
 Cirurgiã Dentista
 CRO/SP 116085