

Código Beneficiário: 002025110626000028002

Beneficiário: GIULLIA LOPES DOS REIS

Titular: ANGELA KADIJA SILVA LOPES DOS REIS

Dentista: BIANCA DA ROCHA FERREIRA

CRO/UF: 147207 SP

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Overbit e: Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (X) Alta ()	Baixa () Baixa (X) Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandibular () Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()

Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastema Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12	24 25 26 27 28
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicula Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) +5mm	Inferior (em mm) -1mm
--------------------------	-----------------------	-----------------------

Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
-------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Fonoaudiologia (X)	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()
Queixa Principal do Paciente:	correção do sorriso					

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

Descrever Técnica: Int. superior e inferior, alinhamento e nivelamento, correção do diastema, mecânico classe II com elástico correção de linha média, finalização, instalação de contêntor.

Exodontias:	17 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):	Conjugado	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
----------------------------	-----------	---------------	------------------	--------------

Prognóstico	Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses	Sim ()	Há quanto tempo?
-------------	--	---------	------------------

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	Sim ()
---	---------	---------

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

17/08/24
Data da Consulta Inicial

Angela Kadija J. L. dos Reis
Assinatura Beneficiário

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

17/08/24
Data

Bianca Rocha Ferreira
Assinatura Dentista
CRO/SP 147207