

Código Beneficiário: 002.025.543390.000004.01
Beneficiário: Cyreli Fernandes Rodrigues Pelimon
Titular: _____
Dentista: Joyce Helen Delmonico CRO/UF: 115087

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior	Desvio Inferior
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm)	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: Falta de espaço p/ implante

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Técnica Straight wire. Serão substituído alinhamento e nivelamento, abrir espaço para implante, corrigir mordida profunda com levantador e posteriorment subbitarço</u>			
Exodontias:	<u>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</u>			

Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 meses</u>		
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.
05.08.23 Cyreli F.R. Pelimon
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
05.08.23
Data

Dra. Joyce H. Delmonico
CRO-SP 115087
Cirurgião-Dentista