

Código Beneficiário: 003700 000 17 83851 0

Beneficiário: GERLANE ALCANTARA DE SOUZA

Titular: GERLANE ALCANTARA DE SOUZA

Dentista: JULIANA ITABEL DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

CRO/UF: 41685 / RJ

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X)	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda (X)	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado (X)	Normal (X)	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)	
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)	Protruída ()	Retruída (X)
					Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) = 72 + 72 = 0	Inferior (em mm):	65 + 65 = 0		
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()		Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
	Sim ()				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: dentes superiores com frenhe em relação aos do baixo

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: alinhamento, nivelamento, fechamento de espaço provisório superior, elástico classe II, intercuspidação, refinamento ocrônico

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

Ancoragem Superior (tipo): MAXIMA Inferior (tipo): MINIMA
 Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 meses
 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.

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

26/09/20
Data da Consulta Inicial

Gerlane A. de Souza
Assinatura Beneficiário

13/10/20
Data

Dra. Juliana Candido
CRO RJ 41685