

Código Beneficiário: 002025115795900136701

Beneficiário: Jeferson Lima

Titular

Dentista: Ana Claudia Wahl de Carvalho

CRO/UF: 17548

Dentição:	Permanente ☒)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	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 ()
Relação Transversal:	Normal ☒)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒)	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒) Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒) Protruída ☒) Retruída () 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 Ossea:	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 ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes ☒) Pré Protéticas ☒)

Queixa Principal do Paciente: para alinhar os dentes

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	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ☒)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico:	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.
20/08/24 Jeferson Lima
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e corretas.
20/08/24 Ana Claudia Wahl De Carvalho
 Data Assinatura Dentista
 CRO-SC 17548