

Código Beneficiário: 00202532122000000103

Beneficiário: Zarah Santos Azevedo

Titular: Ludmila Cruz Santos

Dentista: Fernanda Rocha Fortes

CRO/UF: MG 46.279

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não ☒	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>12 mm</u>	Inferior (em mm) <u>6 mm</u>	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Sim ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()

Queixa Principal do Paciente: Diastema na região anterior, tem vergonha de sorrir

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Prescrição Roth convencional; Retração bateria anterior superior

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

Ancoragem Superior (tipo): Absoluta

Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 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.

09/11/2020 Ludmila Cruz Santos

Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

23/02/2021

Data

F. Fortes
Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279