

Código Beneficiário: 002.025.096.202.001081.01

Beneficiário: Rogério Donizeti do Silva

Titular: Rogério Donizeti do Silva

Dentista: Camila Noronha Corrêa

CRU/LIP

|                                         |                                                              |                                                               |                                                                                 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                     | Decídua ( )                                                                     |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>                 | Classe II ( )                                                 | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( ) |
| Relação Carina:                         | Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) | Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) |                                                                                 |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior                                               | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                   | Região Anterior ( )<br>Posterior ( )                                            |
| Overjet:                                | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Positivo ( )<br>Negativo ( )                                  | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                       |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta ( )                                                      | Baixa ( )                                                                       |
|                                         | Inferior                                                     | Alta ( )                                                      | Baixa ( )                                                                       |
| Máxila:                                 | Protruída ( )                                                | Retruída ( )                                                  | Bem Posicionada Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/>                   |
|                                         |                                                              |                                                               | Protruída ( ) Retruída ( ) Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( )              | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28               | Diastemas Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( )                       |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>              | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28               | Radicular: Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>                      |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                             | Inferior (em mm):                                             |                                                                                 |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                                                  | Dor Muscular                                                  | Direita ( )                                                                     |
|                                         | Esquerda ( )                                                 |                                                               | Esquerda ( )                                                                    |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( ) Fonoaudiologia ( )                                    | Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( )                               |

Queixa Principal do Paciente: "Arrumar dentes tortos e espaço"

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ☒  
 Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ( ) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
 Descrição Técnica: montagem aparelho sup. e inf. no sistema slot livre. 1º nivelamento e alinhamento, 2º retroação, 3º arco elástico, 4º nivelamento, 5º intrusão/extrusão, 6º remoção e contenção

Exodontias: 13 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100  
 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Ancoragem Superior (tipo): elásticos intermaxilares Inferior (tipo): elásticos intermaxilares  
 Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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 qualquer dos serviços executados sempre que julgar necessário.

Declaro que as informações acima estão verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

14/09/24  
Data da Consulta Inicial

Rogério  
Assinatura Beneficiário

30/10/24  
Data

Camila Noronha Corrêa  
Assinatura Profissional - Carimbo

Camila Noronha Corrêa  
Cirurgiã Dentista  
CROSP 158013

Camila Noronha Corrêa  
Cirurgiã Dentista  
CROSP 158013