

Código Beneficiário: 002025110626000028001

Beneficiário: ANGELA KADIJA SILVA LOPES DOS REIS

Titular: ANGELA KADIJA SILVA LOPES DOS REIS

Dentista: BIANCA DA ROCHA FERREIRA

CRO/UF: 147207/SP

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III (X)	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior (X) Unilateral (X) Bilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Acentuado ()	Normal (X) Positivo () Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior: Alta () Baixa ()	Normal (X)	
	Inferior: Alta () Baixa ()	Normal (X)	
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (5mm)	Inferior (5mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
Queixa Principal do Paciente:	Dente torto		

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Inst superior e inferior, alinhamento e nivelamento, levantamento da mordida, mecânico para cruzar mordida, finalização e contenção			
Exodontias:	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	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	
Ancoragem Superior (tipo):	Conjugado	Inferior (tipo):	Conjugado	
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 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.

17/08/24
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

17/08/24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Cirurgiã Dentista
CRO/SP 147207