

Código Beneficiário: 00202531174000045702

Beneficiário: Alessandra Souza Freire

Titular:

Dentista: Brenno Cordeiro

CRO/UF: 5025

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

Queixa Principal do Paciente: Dor contínuas ao tracionar a antena

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

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

Descrever Técnica: continua e Intermaxilar com elásticos e minispirais, pois utiliza elásticos para corrigir a linha média inferior e a CMT

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 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): Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Prognóstico: 24 meses

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): Não ( ) Sim ☒ Há quanto tempo? 1 ano

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

14/02/2022  
Data da Consulta Inicial

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

14/02/2022 x Alessandra Freire  
Data Assinatura Profissional e Carimbo