

Código Beneficiário: 002.025.532783.000001-05

Beneficiário: Walesta Gomes do Vale

Titular: Ana Luisa de Faria Guerra

Dentista: Ana Luisa de Faria Guerra CRO/UF: 121999 SP

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()		
			Esquerda ()		Esquerda ()		
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
				Posterior ()			
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ☒	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ☒	Moderado ()		Negativo ☒	Moderado ☒	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ☒	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
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	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
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):					
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Melhorar a estética

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Planoclusal

Exodontias: ☒ 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 ☒
☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 ☒

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):
 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.

29/12/22 Walesta Gomes do Vale
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

29/12/22
 Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Ana Luisa de Faria Guerra
 Cirurgiã Dentista
 CRO/SP 121.999