

Código Beneficiário: 002.025.11579.59.001384.03
 Beneficiário: GABRIEL VIEIRA ALVES
 Titular: EDINALVA VIEIRA ALVES
 Dentista: LUCAS ALBERTON FELER CRO/UF: 21761/SC

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II <input checked="" type="checkbox"/> III ()	Esquerda I () II <input checked="" type="checkbox"/> III ()				
Linha Média:	Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	
			Esquerda ()		Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ()	Acentuado ()	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa ()	Normal ()		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal <input checked="" type="checkbox"/>		
Maxila:	Protruída ()	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>
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 <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"/>	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 <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"/>	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 ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Arrumar mordida errada"

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

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

Descrever Técnica: Continuar com alinhamento e nivelamento, correção curva de Spee, elástica classe II até corrigir o sagital e base de sustentação

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: Favorável Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim Há quanto tempo? 06 meses

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
11/10/24 Edinalva Vieira Alves
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
11/10/24
 Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dr. Lucas Alberton Felner
 Cirurgião Dentista
 CRO/SC 21761