

Código Beneficiário: 002025117945400033101

Beneficiário: Angela Silva de Oliveira

Titular: Angela Silva de Oliveira

Dentista: Dra Marina Jorge

CRO/UF:

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)
Apinhamento:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) 0	Inferior (em mm): 0	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X) Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Conexão de mordida cruzada leve direito.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Conexão de mordida cruzada leve direito / Uso de prisma
suo no elemento 14 / Uso de elásticos p/ conexão de mordida e
linha média

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): Tubos Inferior (tipo): Tubos

Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) 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.

27/11/24 Angela S de Oliveira Assinatura Beneficiário

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

27/11/24 Marina Jorge Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Marina Jorge
Cirurgiã Dentista - Ortodontista
CRO-RJ 40902

M. JORGE SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS LTDA.
37 560 861/0001-03