

Código Beneficiário: **002.025.0788955.000427.03**

Beneficiário: **LARISSA FARIAS**

Titular: **DOUGLAS DOS SANTOS FARIAS**

Dentista: **LUCAS ALBERTON FELER**

CRO/UF: **21761/SC**

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ☒ Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: **Dentes desalinhados**

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descreva Técnica:	Alinhamento e nivelamento, correção de Spee, corrigindo também a mordida profunda, além das linguinhas de 33 e 43, ademais, ajustando giroversão e inclinação.			
Exodontias:	☒ 17 ☒ 16 ☒ 15 ☒ 14 ☒ 13 ☒ 12 ☒ 11 ☒ 21 ☒ 22 ☒ 23 ☒ 24 ☒ 25 ☒ 26 ☒ 27 ☒ 28 ☒ 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 ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36			
Paciente Possui Aparelho instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo?	03 meses

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

23.08.24 Data da Consulta Inicial
Shirley Farias Assinatura Beneficiário

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

23.08.24 Data
Dr. Lucas Alberton Feler Assinatura Profissional e Carimbo
CRO - Dentista