

Código Beneficiário: 00202534498100030701

Beneficiário: Debora Cristiana Gervasio

Titular:

Dentista: Anderson Coutinho Felício

CRO/UF: J4941 SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
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 (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior (X)
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo (X)	Acentuado () Moderado (X) Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita (X) Esquerda (X)	Dor Muscular:	Direita (X) Esquerda (X)
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: DENTES TORTOS

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

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

Descrever Técnica: 0,14/0,16/0,18/NTI, DIA SEPTEMA 0,16/0,18/19,20 APO,

16x22 APO, 17x25 APO, LOMTENO 0,16, SE NECESSARIO FAO URNA REV. 0,16/0,18/19,20 APO,

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): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 40 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) 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.

17/08/22 Debora C. Gervasio
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

17/08/22
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dr. Anderson C. Felício
Clínico Geral
Assinatura Profissional e Carimbo