

Código Beneficiário: 002.025.788955.000046.01

Beneficiário: ELAINE CRISTINA SILVA

Titular: ELAINE CRISTINA SILVA

Dentista: LUCAS ALBERTON FEIER

CRO/UF: 21761/SC

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

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos, preciso arrumar"

|                                                           |                                                                                                                                                                   |                                                    |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| Plano de Tratamento:                                      | Preventiva ( )                                                                                                                                                    | Interceptiva ( )                                   | Ortopédica ( )            | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>      |
| Aparatologia:                                             | Ortopédica Funcional ( )                                                                                                                                          | Fixa <input checked="" type="checkbox"/>           | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( )                                      |
| Descrever Técnica:                                        | Alinhamento, nivelamento, correção curva de Spee, após chegar no fio Aço 19x25, usar elásticos Classe III para corrigir a relação sagital, e fase de finalização. |                                                    |                           |                                                    |
| Exodontias:                                               | 18 17 16 15 14 13 12 11<br>48 47 46 45 44 43 42 41                                                                                                                | 21 22 23 24 25 26 27 28<br>31 32 33 34 35 36 37 38 | Desgaste Inter proximal:  | 18 17 16 15 14 13 12 11<br>48 47 46 45 44 43 42 41 |
| Ancoragem Superior (tipo):                                | Favorável <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                     | Desfavorável ( )                                   | Duvidoso ( )              |                                                    |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | 36                                                                                                                                                                |                                                    |                           |                                                    |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                           | 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.

25/09/24 Elaine Cristina Silva  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

25/09/24  
Data

Dr. Lucas Alberton Feier  
Odontólogo - Dentista  
Assinatura Profissional e Carimbo  
CRO/SC 21761