

Código Beneficiário: 002.025.419673 00000 101

Beneficiário: Bethenia Cristina Furtado

Titular: Bethenia Cristina Furtado

Dentista: Andréia Gomes dos Santos Pádua

CRQ/UF 118.813

Dentição	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()	
Classificação de Angle	Classe I ☒	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()		
Linha Média	Coincidente ()	Desvio Superior	Direita ()	Desvio Inferior
			Esquerda ()	
Relação Transversal	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()
			Posterior ()	
Overjet	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()
		Negativo ☒	Moderado ()	Positivo ()
			Leve ()	Negativo ☒
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Normal ☒	
Maxila	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()
			Mandíbula	Retruída ()
				Bem Posicionada ()
Apinhamento	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒
Reabsorção Óssea	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular	Sim ()
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒
Discrepância de Modelos	Superior (em mm)	6 mm	Inferior (em mm)	1 mm
Dor ou Ruído Articular	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
			Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dente do furo torto

Plano de Tratamento	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica	Alinhamento, nivelamento, distalização e expansão lateral esquerda com aparelho fixo superior com elásticos 3x3 inferior			

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 () Inferior (tipo):

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

Paciente Possui Aparelho Instalado: Não ☒ Sim () Há quanto tempo?

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

Data da Consulta Inicial: 20/04/22 Assinatura Beneficiário: [Assinatura]

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

Data: 27/04/22 Assinatura Profissional e Carimbo: [Assinatura]