

Código Beneficiário: 00202537620300000102

Beneficiário: Yris Diao de Oliveira

Titular: Adalberto Cruz de Oliveira

Dentista: Anderson Cavinho Felício

CRO/UF: 14941

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I () II (x) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda (x)
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (x)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (x) Alta (x)	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
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: "DENTES TORTOS"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	① e ② 0,14 - 0,16 - 0,18 NITL - 0,16 - 0,18 - 0,20 - 17x25 Alq. Contenção ① e ②			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36			
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.

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

10/09/21
Data da Consulta Inicial

Manza Maciel Pereira Farias
Assinatura Beneficiário

10/09/21
Data

Dr. Anderson C. Felício
Clínico Geral
CRO-SC 14.941
Assinatura Profissional e Carimbo