

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Edison Rafael Noggensack

Titular: _____

Dentista: Susana Mehanna

CRO/UF: 121531PR

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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente (☒)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (☒)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (☒)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (☒)
			Protruída () 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)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes (☒) (36) Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: apinhamento superior

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

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

Descrever Técnica: A. N. do Supra 1u/s, int. corrigidos, aumento esp. e para implante do 36, bitáure e arbores, cont. 1

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 ()

Prognóstico: Favorável (☒) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (☒) 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.

02/09/21 [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

01/09/2021 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo
Drª Susana Mehanna CRO/PR 12.158
Drª Susana Mehanna CRO/PR 12.158