

Código Beneficiário: 0000254311900000101  
Beneficiário: Maria Oliveira Costa

Endereço: Maria Costa

CRO/UF: 2703/SC

|                                        |                  |                                                    |                          |                                                    |                                                    |
|----------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Benefício                              | Permanente (A)   | Mista ( )                                          | Perícia ( )              | Subsídio Direita ( )                               | Subsídio Esquerda ( )                              |
| Classificação de Ance                  | Classe I ( )     | Classe II ( )                                      | Divisão 1s ( )           | Subdivisão Direita ( )                             | Subdivisão Esquerda ( )                            |
| Indicação Clínica                      | Direita I ( )    | Esquerda I ( )                                     | Divisão 2s ( )           | Subdivisão Direita ( )                             | Subdivisão Esquerda ( )                            |
| União Média                            | Unilateral ( )   | Unilateral ( )                                     | Divisão III ( )          | Direita ( )                                        | Esquerda ( )                                       |
| Inclinação Transversal                 | Normal ( )       | Crizada (A)                                        | Direita ( )              | Unilateral ( )                                     | Bilateral (A)                                      |
| Overjet                                | Normal ( )       | Positivo ( )                                       | Esquerda ( )             | Anterior ( )                                       | Posterior (A)                                      |
| Inclinação Dentária                    | Superior         | Negativo ( )                                       | Acetabulado ( )          | Normal (A)                                         | Positivo ( )                                       |
| Maxila                                 | Protruída ( )    | Retruida ( )                                       | Moderado ( )             | Normal (A)                                         | Negativo ( )                                       |
|                                        |                  |                                                    | Leve ( )                 | Protruída ( )                                      | Retruida ( )                                       |
|                                        |                  |                                                    |                          | Bem Posicionada Mandibula                          | Bem posicionada (A)                                |
| Apinhamento                            | Sim ( )          | 10 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       | Diastemas Sim (A)        | 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       | 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       |
|                                        | Não ( )          | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | Não ( )                  | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 |
| Rebordagem                             | Sim ( )          | 10 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       | Sim ( )                  | 10 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       | 10 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       |
|                                        | Não (A)          | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | Não (A)                  | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 |
| Discrepância de Molares                | Superior (em mm) | Inferior (em mm)                                   |                          |                                                    |                                                    |
| Dor ou ruído Articular                 | Direita ( )      | Dois Molares                                       | Direita ( )              |                                                    |                                                    |
|                                        | Esquerda ( )     |                                                    | Esquerda ( )             |                                                    |                                                    |
| Necessidade de Tratamento Complementar | Não ( )          | Fonaudiologia ( )                                  | Otorrinolaringologia ( ) | Cirurgia Ortognática ( )                           | Implantes (A)                                      |
|                                        | Sim ( )          |                                                    |                          |                                                    | Pré Protéticas ( )                                 |

Queixa principal do paciente: GOSEGO COM OS DENTES NA FRENTE

|                     |                                                                                        |                         |                                                    |                                                    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Plano de Tratamento | Preventivo ( )                                                                         | Interceptivo ( )        | Ortopédico ( )                                     | Corretivo ( )                                      |
| Aparatologia        | Ortopédico Funcional ( )                                                               | Fixa (A)                | Ortopédico Extra Oral ( )                          | Removível ( )                                      |
| Descrição Técnica   | <u>Aplicação de aparelho fixo com arcas de retenção e retenção de dentes na frente</u> |                         |                                                    |                                                    |
| Tempo de tratamento | <u>10 meses</u>                                                                        |                         |                                                    |                                                    |
| Exodontias          | 10 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1                                           | Desgaste Inter proximal | 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       | 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1       |
|                     | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1                                     |                         | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 | 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 |

|                                               |                 |                  |             |
|-----------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------|
| Arco agem Superior (tipo)                     | Forçável (A)    | Desfavorável ( ) | Divulso ( ) |
| Prognóstico                                   | <u>24 meses</u> |                  |             |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento | <u>24 meses</u> |                  |             |
| Tempo Previsto para Instalação do Aparelho    | <u>10 meses</u> |                  |             |

Paciente: Daniel Castro  
Profissional: Daniel Castro  
Data da Consulta: 01/01/20  
Assinatura: Daniel Castro  
CRO/SC: 7108