

Código Beneficiário: 002025 458681 00000 102

Beneficiário: mi Kael Melo (querido) 15101.

Titular:

Dentista: Renata Hernandez Galasso

CRO/UF: 13060/SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm)	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes desalinhados.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva ☒ Ortopédica () Corretiva ()
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica:

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): 36.
 Paciente Possui Aparelho Instalado: 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.
14.02.22 x Rosana Alves Melo 25.02.22
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário Data
 Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Renata Hernandez Galasso
 Assinatura do Dentista
 CRO 13.060. EPAO 1774.