

Código Beneficiário: 00202531429100000103  
Beneficiário: Rebeca Gomes Ferreira  
Titular: Rebeca Gomes Ferreira  
Dentista: Marcio Ronaldo Fernandes CRO/UF: 116756

|                                         |                                                                                                                                                    |                                                                              |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                     | Mista ( )                                                                    | Decídua ( )                                                                                                                                        |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       | Classe II ( )                                                                | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )                                                                    |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )                                                                                       | Esquerda I ( ) II ( ) III ( )                                                |                                                                                                                                                    |
| Linha Média:                            | Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    | Desvio Superior:                                                             | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                                        |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                         | Cruzada ( )                                                                  | Região Anterior ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( )<br>Posterior ( )                                                                                  |
| Overjet:                                | Normal                                                                                                                                             | Positivo ( )<br>Negativo <input checked="" type="checkbox"/>                 | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                                                                                          |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                                                                                                           | Alta ( )<br>Alta ( )                                                         | Baixa ( )<br>Baixa ( )                                                                                                                             |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                                                                                                      | Retruída ( )                                                                 | Bem Posicionada Mandíbula ( )<br>Protruída ( ) Retruída ( ) Bem Posicionada ( )                                                                    |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Diastemas                                                                    | Sim ( ) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não <input checked="" type="checkbox"/> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( ) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não <input checked="" type="checkbox"/> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Radicular:                                                                   | Sim ( ) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não <input checked="" type="checkbox"/> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm) <u>4</u>                                                                                                                          | Inferior (em mm): <u>4</u>                                                   |                                                                                                                                                    |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                                        | Dor Muscular                                                                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                                        |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                            | Sim ( ) Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )                                                                                                                   |

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

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

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): Inferior (tipo):  
Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

27/11/21 Rebeca  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

16/12/21 Dr. Márcio Ronaldo Fernandes  
Data Assinatura Dentista  
CRO-SP116756