

Código Beneficiário: 002 025 333 119 0055 4501

Beneficiário: Ricardo Santos Barbosa

Titular: Ricardo Santos Barbosa

Dentista: Franine Moraes Ferrari

CRO/UF: 6898 - SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()	
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()	Esquerda I () II (X) III ()	Direita ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Região	Anterior ()	Posterior ()	Normal ()	Positivo (X) Negativo ()	
Linha Média:	Normal (X)	Cruzada ()	Overbite:	Acentuado (X) Moderado () Leve ()	Overbite:	Acentuado (X) Moderado () Leve ()	Normal ()	Positivo (X) Negativo ()	
Relação Transversal:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()	Normal ()	Positivo (X) Negativo ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X) Alta ()	Baixa () Baixa (X)	Normal ()	Normal ()	Protruída () Retruída ()	Bem Posicionada (X)		
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()						
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Não (X)	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	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Não ()	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	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	0	Inferior (em mm)	0					
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular	Direita ()	Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X)	Pré Protéticas (X)		

Queixa Principal do Paciente: estética e função

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Strait wire - montagem, alinhamento, planejamento para implantes, estabilização maxilar</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Dentária</u>	Inferior (tipo):	<u>Dentária</u>
Prognóstico	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso (X)
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
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.

01/06/25 X. C. Moraes Ricardo Santos Barbosa 01/06/25

Franine Moraes Ferrari
Assinatura Profissional e Carimbo
Dra. Franine Ferrari
Cirurgiã Dentista
CRO/SC 6898

Cirurgiã Dentista
CRO/SC 6898

Código Beneficiário: 002 025 333 119 0055 4501

Beneficiário: Ricardo Santos Barbosa

Titular: Ricardo Santos Barbosa

Dentista: Franine Moraes Ferrari

CRO/UF: 6898-SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ()	Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()				
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior:	Direita () Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior () Posterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()	Overbite:	Normal () Positivo (X) Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (X) Alta ()	Baixa () Baixa (X)	Normal () Normal ()		
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim () Não (X)	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	Diastemas	Sim () Não (X)	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	
Reabsorção Óssea:	Sim (X) Não ()	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	Radicular:	Sim () Não (X)	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	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): 0	Inferior (em mm): 0				
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X)	Pré Protéticas (X)

Queixa Principal do Paciente: este tua e função

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Strait wire - montagem, alinhamento, planejamento para implantes, estabilização maxilar</u>			

Exodontias:	18 17 (6) 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):	<u>Dentária</u>	Inferior (tipo):	<u>Dentária</u>
Prognóstico	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso (X)
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
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.
01/06/25 8:04h Dra. Franine Moraes Ferrari
Data da Consulta Inicial
Cirurgiã Dentista
CRO/SC 6898

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
01/06/25
Data
Franine m. fernari
Assinatura Profissional e Carimbo
Dra. Franine Moraes Ferrari
Cirurgiã Dentista
CRO/SC 6898