

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Adriana Nogueira

CRO/UF:

21.646

Guia: 243819

Data do Exame:

01/10/24

Nome do Beneficiário:

Cláudia Ferreira

DENTE	18		17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27		28		
FACE	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M
Bolsa																																	
Reces																																	
V																																	
Bolsa																																	
Reces																																	
P																																	
Reces																																	

MOBILIDADE																		
FURCA																		

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
FACE	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M	D	C	M
Bolsa																		
Reces.																		
Bolsa																		
Reces.																		
Bolsa																		
Reces.																		

MOBILIDADE																		
FURCA																		

DATA: 21/10/24

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante

Adriana Nogueira



Código Beneficiário: 00202511138450000501
Beneficiário: Elizabeth Ferreira
Titular: Elizabeth Ferreira
Dentista: Lauro Inje CRO/UF: 21.646/PR

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: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ☒	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 Ossea:	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)	3 mm	Inferior (em mm): 3 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
			Implantes ☒ Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Alinhamento e Nivelamento para receber Implantes

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Alinhar e Nivelar Arcadas superior e inferior
Correção molares

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): 24
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.

27/09/24 Elizabeth Ferreira
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

21/10/24 Lauro Inje
Data Assinatura Profissional e Carimbo