

Código Beneficiário: 00202542 5075 00000101
Beneficiário: RENATA MADRUGA DE LACERDA
Titular:
Dentista: BILUNA BARNAARD NOSTA

CRO/UF: 22274/RS

Dentição:	Permanente ☒ Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒ Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III () Esquerda I ☒ II () III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente () Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒ Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒ Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Overbite: Leve ()	Normal () Positivo ☒ Acentuado () Negativo () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta ☒ Baixa () Normal () Inferior Alta () Baixa () Normal ☒	
Maxila:	Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): <u>-11</u>	Inferior (em mm): <u>-14</u>
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular: <u>N</u> Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ☒ Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes ☒ Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: DESALINHAMENTO DO SORRISO

Plano de Tratamento:	Preventiva () Interceptiva ()	Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional () Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica:	<u>EXTRAÇÃO DE 04 PRÉ-MOLARES (14, 24, 34 E 44) + COLAGEM DE APARELHO FIXO SUP/INF + ALINHAMENTO E NIVELAMENTO + RETRAÇÃO COM GANCHO DAS BATERIAS ANTERIORES + FINALIZAÇÃO COM ELÁSTICOS INTERMAXILARES SE NECESSÁRIO E CONTINUAÇÃO</u>	
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):	<u>ELÁSTICO</u>	Inferior (tipo): <u>ELÁSTICO</u>
Prognóstico:	Favorável ☒ Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>30 MESES</u>	
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.

01/09/22
Data da Consulta Inicial

B. B. Nosta
Assinatura Beneficiário

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

01/09/22
Data

x Renata Lacerda
Assinatura Profissional e Carimbo