

Código Beneficiário: 002 025 105506 003713 02

Beneficiário: Antônio Bucelli

Titular:

Dentista: Dr. Vitorino Moreto Baptista

CRO/UF: 134445

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 ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado ☒ Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒ Retruída ()	Bem Posicionada	Mandíbula Protruída () Retruída ☒ Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas: Sim () Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>4</u>	Inferior (em mm) <u>4</u>	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ☒ Esquerda ☒	Dor Muscular	Direita ☒ Esquerda ☒
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ☒	Fonoaudiologia ☒ Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ☒ Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dor

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ☒	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>colgater, aparelho fixo, aparelho de classe II, ex. necessário cirurgia e recuperação e controle</u>			

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

Data da Consulta Inicial: 13/05/24
Assinatura Beneficiário: Antônio

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

Data: 13/05/24
Assinatura Profissional e Carimbo: Dr. Vitorino Moreto Baptista
CRO-SP 134445