

Código Beneficiário: 002025 1154 959 00086 303

Beneficiário: JOÃO VICTOR DINIZ

Titular:

Dentista: VÍTORIA DE MATOS

CRO/UF: 17483

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ☒	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()			
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ☒	Normal ()	Positivo ☒
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ☒
					Moderado ()
					Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒	
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída ☒
			Mandíbula		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 Óssea:	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)	Inferior (em 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: Mordido profundo

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: MBT

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 ☒ Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ Sim () Há quanto tempo?

ODONTOCOSTA

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

29/10/24 x Rouçana
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas nestas páginas são verdadeiras e assumo a responsabilidade integralmente por elas.

29/10/24
Data

CNPJ: 50.523.565/0001-21

CRO DA CLÍNICA 1631

Assinatura Profissional e Carimbo