

Código Beneficiário: 0020251154959 00043201

Beneficiário: LENOIR ZEITZ

Titular:

Dentista: VITÓRIA DE MATOS

CRO/UF: 14483

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III ()			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo (X)
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)	
	Inferior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída ()
			(X)		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 (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
				Implantes (X)	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "dentes tortos, desalinhados"

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

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) 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): mini implante (2) Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

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

ODONTOCOSTA

CNPJ: 50.523.565/0001-21

CRO DA CLÍNICA 4631

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

29/10/24

Data

Vitória R

Assinatura Profissional e Carimbo