

Código Beneficiário: 002 025 1134 97 2 00000 102

Beneficiário: Bruno Soares de Paula
Titular: Bruno Soares de Paula
Dentista: Bruno Soares de Paula

CRO/UF: 101247-SP

Dentição: Permanente ☒ Mista () Decidua ()	
Classificação de 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 ()	
Overjet: Normal Positivo () Acetado () Overbite: Normal ☒ Positivo () Moderado ()	
Inclinação Superior: Alta () Baixa () Inferior: Alta () Baixa ()	
Maxila: Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula: Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()	
Apinhamento: Sim () Não ☒	
Reabsorção: Sim () Não ☒	
Discrepância de Superior (em mm): 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	
Discrepância de Inferior (em mm): 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	
Modelos: Dor ou Ruído Direita () Esquerda ()	
Articular: Dor Muscular Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento: Sim () Não ☒	
Complementar: Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	
Queixa Principal do Paciente: <u>fechamento muito dos incisivos</u>	

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortodéica ()	
Aparatologia: Ortodéica Funcional () Fixa () Removível ☒	
Descrever Técnica: <u>dar um suporte de apoio para o maxilar inferior, pois o maxilar superior está em classe I.</u>	
Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	
Ancoragem Superior (tipo): Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	
Paciente Possui Aparelho Instalado: Não ☒ Sim ()	
Previamente? 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.
Assinatura Beneficiário: Bruno Soares de Paula
Data da Consulta Inicial: 27/06/24
Data: 27/06/24
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Assinatura Profissional e Carimbo: [Assinatura]