

Código Beneficiário: 002025115435900023001

Beneficiário: ANTONIO DE SOUSA UCHOA SOBRINHO

Titular:

Dentista: VÍTORIA LALOS

CRO/UF: 17483

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

Queixa Principal do Paciente:

Antes Tortos

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): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável (✓) Desfavorável () Duvidoso ()

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

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.

14/12/24 x Antonio de Sousa

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

14/12/24

Data

CLINICA ODONTOCOSTA LTDA
CNPJ 50.523.565/0001-21

Assinatura Profissional e Carimbo

CLINICA ODONTOCOSTA LTDA
CNPJ 50.523.565/0001-21