



O paciente Anderson Alves Ferreira, portador do CPF 028.103.592-02, não irá realizar a cirurgia ortognática. Será feito uma tentativa de tratamento compensatório. Como o caso é limítrofe, há pontos a se considerar para o sucesso do tratamento, comprometimento do paciente em usar os elásticos e resposta biológica dele.

Joinville, 13/11/2024

Firmamos como verdade

Anderson Alves Ferreira

Assinatura

Código Beneficiário: 00202811545900048501

Beneficiário: ANDERSON AWES FERREIRA

Titular:

Dentista: VITÓRIA DE MATHIS

CRO/UF: 17483

Dentição	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle	Classe I ()	Classe II ()	Classe III (X)
Relação Canina	Direita I () II () III (X)	Esquerda I () II () III (X)	
Linha Média	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda (X)	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior (X) Posterior ()
Overjet	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada
Apinhamento	Sim (X)	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea	Sim ()	Não ()	Radicular
Discrepância de Modelos	Superior (em mm)	Inferior (em mm)	
Dor ou Ruído Articular	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar	Não ()	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: "ENCAIXAR MORDEDA"

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

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

Descrever Técnica: HB+

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 (X)

Prognóstico: Favorável () Desfavorável () Duvidoso (X)

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) 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.

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

Data da Consulta Inicial: Assinatura Beneficiário: Anderson Alves Ferreira

Data: Assinatura Profissional e Carimbo