

Código Beneficiário: 002075121199300000101

Beneficiário: MATHEUS FURE DOS SANTOS

Titular:

Dentista: DANIEL TOBIAS

CRO/UF: 2130-PI

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ☒
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Posterior ☒
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: BIPROTRUSÃO

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>EXODONTIA DO 35 E 45 COM RETRAÇÃO DE PRÉ-MOLARES E INCISIVAS PARA KUMENTAR OVERJET E NO SEGUNDO MOMENTO EXODONTIA DO 15 E 27 DISTALIZANDO 26 E MESIALIZANDO 28 COM RETRAÇÃO DOS PULS E INCISIVAS SUPERIORES CORRIGINDO REVERS CLASSE II E RESOLVENDO A BIPROTRUSÃO</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11
Ancoragem Superior (tipo):	<u>MINI-IMPLANTE</u>		Inferior (tipo):	<u>MINI-IMPLANTE</u>
Prognóstico:	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 MESES</u>			
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.

13.05.25 x Matheus Fure dos Santos
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13.05.25
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Daniel Tobias Bezerra
CRO-PI 2130