

Código Beneficiário: 0020251157 95900096603
 Beneficiário: Eduardo Henrique Hojers de Faria
 Titular: Eduardo de Faria
 Dentista: _____ CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim ()	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 (X)	Fonoaudiologia (X) Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Queda da fala

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (X) Ortopédica () Corretiva ()
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Alinhamento, nivelamento, fechamento espaços, uso elásticos para Classe II.

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): Fixa Inferior (tipo): Fixa
 Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): _____
 Paciente Possui Aparelho Instalado: Não (X) Sim () Há quanto tempo? 30 meses

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar a auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
22.01.24
 Assinatura do Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e corretas.
28.01.24
 Data
 Assinatura do Profissional e Carimbo

ODONTOCOSTA
 CNPJ: 50.523.565/0001-21
 CRO DA CLÍNICA 4631