

Código Beneficiário: 002028115495900136401

Beneficiário: JEFERSON SIMAS

Titular:

Dentista: VITÓRIA DE MATEOS

CRO/UF: 14548

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III (X)
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II () III (X)	Esquerda I () II () III (X)			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita (X)
			Esquerda ()		Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()
		Negativo (X)	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)	Protruída (X)	Retruída ()
					Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()		Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X)
	Sim ()				Pré Protéticas (X)

Queixa Principal do Paciente:

PARA ALINHAR OS DENTES

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

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

Descrever Técnica: MB+

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 (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico: 36 MESES

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

Paciente Possui Aparelho Instalado: Não (X) Sim () Há quanto tempo?

Previamente?

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

20/08/24 Jeferson Simas
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

20/08/24
Data

ODONTOCOSTA
CNPJ: 50.523.565/0001-21
CRO DA CLÍNICA 4631
Assinatura Profissional e Carimbo