

Código Beneficiário: 002 025 108 751 0000 8801

Beneficiário: Nelson Alexandre da Silva

Titular:

Dentista: Fernando Nacio Rios de Almeida

CRO/UF: 22339 PR

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita ☒ II () III ()	Esquerda ☒ I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	Não ☒	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	
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: "mordida aberta"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Elastico intermaxilar, fechamento de espaços, torque lingual inferior anterior e finalizações.</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 21 22 23 24 25 26 27 28
Ancoragem Superior (tipo):	<u>tubo</u>	Inferior (tipo):	<u>tubo</u>
Prognóstico:	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo? <u>12 meses</u>

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

Data da Consulta Inicial: 17/03/25
Assinatura Beneficiário: Nelson Alexandre da Silva

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

Data: 17/03/25
Assinatura Dentista: Fernando Nacio Rios de Almeida
CRO/UF: 22339 PR