

Código Beneficiário: 00202543412800000301

Beneficiário: Magno das Neves Martins

Titular:

Dentista: Anderson Coutinho Felício

CRO/UF: 14941

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 () Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Overbite: Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
	Inferior	Alta ☒	Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ☒ Esquerda ☒	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

DENTISTURAS e espaço de cima comp de baixo

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

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

Descrever Técnica: S0, 14, 16, 0, 18, 0, 20, 17x25 Ato. CORTCE
Indo de 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Prognóstico Favorável () Desfavorável ☒ Duvidoso ☒

Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

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.

14/03/22 Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

14/03/22 Data

Assinatura Profissional e Carimbo