

Código Beneficiário: 002025110618500000101
Beneficiário: Wellington Conrado Batista
Titular:
Dentista: Cláudio M. T. Nogueira
CRO/UF: 132528

Dentição:		Permanente ☒ Mista ☒ Decídua ()	
Classificação de Classe I ☒ Classe II ()		Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda () Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina: Direita I () II () III () Esquerda I () II () III ()		Desvio Superior: ☒ Coincidente ☒ Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()	
Linha Média:		Desvio Superior: ☒ Coincidente ☒ Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()	
Relação Transversal:		Normal () Cruzada ☒ Região Anterior ☒ Unilateral ☒ Bilateral ()	
Overjet:		Normal ☒ Positivo () Acentuado () Overbite: Normal ☒ Positivo () Acentuado ()	
Inclinação:		Superior: Alta () Baixa () Normal ☒ Inferior: Alta () Baixa ☒ Normal ()	
Maxila:		Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada Mandíbula: Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()	
Reabsorção:		Sim ☒ Não ☒ Radicular: Sim ☒ Não ☒	
Discrepância de Superiores (em mm):		Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído:		Direita () Esquerda ()	
Articular:		Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento:		Sim ☒ Não ☒	
Complementar:		Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: dente 12 p/ "dentes"

Plano de Tratamento:	Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Removível ()
Descrição Técnica:	MOT fixo unilateral + trabalho elástico / espaço 12 + alinhamento + convergência dos bordos + movimento elástico

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
Prognóstico:	Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24
Paciente Possui Aparelho Instalado?	Não ☒ Sim ()
Previamente?	

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: 25/02/25
Assinatura Beneficiário: [Assinatura]
Data: 25/02/25
Assinatura Profissional e Carimbo: [Assinatura e Carimbo]