

Código Beneficiário: 002025 5480 XSG 0000 0102

Beneficiário: LEONILDO DA SILVA ABRÃO

Titular: VINÍCIUS VIEIRA DE MATOS

Dentista: BEATRIZ AUGUSTO MOREIRA GUIMARÃES

CRO/RJ: 19772-25

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III (X)
	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()		Subdivisão Direita (X)
Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda (X)	
Relação Canina:	Direita I () II () III (X)	Esquerda I () II () III (X)	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
		Direita ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região
		Anterior ()	Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado (X)
		Negativo (X)	Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa () Normal ()
	Inferior	Alta (X)	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	Não ()	Radicular: Sim (X) Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm): 4 mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia (X) Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: SENSIBILIDADE E ESTÉTICA

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Paciente com trauma anterior por maloclusão gerando mais perda óssea. Indicação de alinhamento - nivelamento + verticalização de dentes anteriores para melhor inserção labial. Tratamento com força leve fixa Retivo - limitação por perda óssea.			
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):	Inferior (tipo):			
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	18 MESES			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	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.
15.06.22
Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e de responsabilidade integralmente por elas.
17.07.22
Data

MAS ODONTOLOGIA
INTEGRAL EPAR 6684
Dra. Beatriz A. M. Guimarães
CRO-RJ 19772