

Código Beneficiário: 002025679075 00000 02

Beneficiário: Mathew Victor Alves Pereira da Silva

Titular: Mathew Victor Alves Pereira da Silva

Dentista: Vanessa Cavalle

CRO/UF: 15.165

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

Queixa Principal do Paciente: ausência dentes 21 e 22 → Estético
Ressequido para implante / Prótese.

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

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

Descrever Técnica: Disbrazão auschank 02 para cima tipo 01 21/22, Bolso lingual 231 para alargar mandíbula (Teuro).

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):	
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não () Sim (X) 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.

29/08/24
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

29/08/24
Data

Vanessa Cavalle
Assinatura Profissional e Carimbo