

Código Beneficiário: 002028 1154 95900140 421

Beneficiário: FLAVIO WILLIAN NUNES

Titular:

CRO/UF: 17483

Dentista: Vitoria DE MATOS

Dentição	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ☒	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			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 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 ()	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		
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()	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 ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ☒	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente:

QUERO COM CAR APARELHO

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

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

Descrever Técnica: MBT

Exodontias: 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): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.

10/09/24 Flavio W. N. Assinatura Beneficiário

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

10/09/24 Data

CRO DA CLÍNICA 6831
CNPJ: 50.523.565/0001-71
ODONTOCOSTA