

Código Beneficiário: 002.025.105506.009984.01

Beneficiário: Katie Cristine Lobato Nunes

Titular: Katie Cristine Lobato Nunes

Dentista: marina Braz Ezequiel

CRO/UF: 124.184/SP

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

Queixa Principal do Paciente:

Espaço entre os dentes da frente

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

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

Descrever Técnica: Straight-wire . Prescrição MBT.

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): BTP Inferior (tipo): arcos lingual

Prognóstico: Favorável () Desfavorável () Duvidoso (X)

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

05/07/24 x Katie Cristine L. Nunes
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

05/07/24
Data

Marina Braz Ezequiel
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 124184
Assinatura Profissional e Carimbo