

Código Beneficiário: 002025 05 33 1930 068 6106

Beneficiário: Francisco Junior Neto

Titular:

Dentista: Moriniella Picare Madureira

CRO/UF: 22926

Dentição	Permanente (✓)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle	Classe I ()	Classe II ()	Classe III (✓)
Relação Canina	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média	Coincidente (✓)	Desvio Superior	Desvio Inferior
Relação Transversal	Normal (✓)	Cruzada ()	Região
Overjet	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento	Sim (✓)	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea	Sim ()	Não ()	Radicular
Discrepância de Modelos	Superior (em mm)	Inferior (em mm)	
Dor ou Ruído Articular	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular
Necessidade de Tratamento Complementar	Não ()	Sim (✓)	Fonoaudiologia ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes todos

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

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

Descrever Técnica: 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): Favorável (✓) Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico: Favorável (✓) Desfavorável () Duvidoso ()

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

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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e integrais, e autorizo a Odontolife a utilizar integralmente por elas.

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

CLINICA ODONTOCOSTA LTDA
CNPJ 50.523.565/0001-21