

Código Beneficiário:

Beneficiário:

Titular:

Dentista:

Leandro Gonçalves Gomes da Silva
Maurício Costa Gomes da Silva
Dr. Carlos Augusto Nova Ventura

CRO/UF:

39393

Dentição:	Permanente ☒ Mista ()	Decidua ()
Classificação de Classe I ☒ Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina: Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒ Desvio Superior: Direita ()	Desvio Inferior: Direita ()
Relação Transversal:	Normal ☒ Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo () Acentuado () Moderado () Overbite: Normal ☒ Positivo () Negativo ()
Inclinação:	Superior Alta ()	Baixa () Normal ☒
Dentária:	Inferior Alta ()	Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída () Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Reabsorção:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Osses:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Discrepância de Superior (em mm):	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído:	Direita ()	Esquerda ()
Articular:	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento:	Sim () Não ☒	
Complementar:	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	

Queixa Principal do Paciente:

Dente torto em alguns pontos

Plano de Tratamento:

Preventiva () Interceptiva () Ortodéica () Correitiva ☒

Aparatologia:

Ortodéica Funcional () Fixa ☒ Ortodéica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica:

Técnica Alexander modificada

Exodontias:

18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Ancoragem Superior (tipo):

Inferior (tipo):

Prognóstico

Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

30 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado

Não ()

Sim ☒

Há quanto tempo?

12 meses

Previamente?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

Assinatura Beneficiário

Data da Consulta Inicial

11/02/25

Data

11/02/25

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

CINICA ODONTOLOGICA MEGA DENTEC LDA
CNPJ: 12.457.214/0001-06

Assinatura Profissional e Carimbo