

Código Beneficiário: 002028 533 11900 65 2801

Beneficiário: HERNAN JOSE MARIN PEREZ

Titular: HERNAN JOSE MARIN PEREZ

Dentista: VITÓRIA DE MATTOS

CRO/UF: 17483

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

Queixa Principal do Paciente: "dentes tortos"

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

Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa (X) 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) mini implante maxilar Distal Inferior (tipo) Duvidoso

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

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 42 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado: Não (X) Sim ( ) Há quanto tempo?

Previamente?

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

X Hernan Marin  
Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e corretas.

Dra. Vitória de Mattos Rocha  
Cirurgiã Dentista  
CRO/SC 17483

**ODONTOCOSTA**  
CNPI: 50.523.565/0001-21  
CRO DA CLÍNICA 4631