

Código Beneficiário: 002.025.1129661.000001.02

Beneficiário: Nayron Augusto Ferreira Flausino

Titular: _____

Dentista: Camila Penha de Resende Naves

CRO/UF: MG 61825

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior (X)
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior () Inferior ()	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada ()
Mandíbula:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas: Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda (X)	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim (X)	Fonoaudiologia (X)	Otorrinolaringologia (X) Cirurgia Ortognática ()

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:	<u>alinhamento, nivelamento e desincurva maxilar</u> <u>Técnica Edge Wise, prescrição Roth.</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancorem Superior (tipo):	Inferior (tipo):				
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>3 anos (36 meses)</u>				
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ()	Há quanto tempo?		

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

29/05/24 x Tramane Ferreira
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

29/05/24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Camila P.R. Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG 61825