

Código Beneficiário: 002 025 788 955 000 12002

Beneficiário: MILENA NUNES

Titular:

Dentista: VITÓRIA DE MATOS ROCHA

CRO/UF: 17 483

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

Queixa Principal do Paciente: Alinhar a mordida e fechar espaços entre os dentes

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

Incoragem Superior (tipo): — Inferior (tipo): —
Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

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

Paciente Possui Aparelho Instalado 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.

18/10/24 X Elza L. Nunes
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

18/10/24
Data

Dra. Vitória de Mattos Rocha
Cirurgiã-Dentista
CRO/SC 17483
Assinatura Profissional e Carimbo