

Código Beneficiário: 00202555236200000101

Beneficiário: Diana Oliveira de Aguiar

Titular: Diana Oliveira de Aguiar

Dentista: Dr. Vian Mats de Paula

CRO/UF: 92592

|                                         |                                                              |                                                                              |                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                                    | Decídua ( )                                                                                                     |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                                                 | Classe II <input checked="" type="checkbox"/>                                | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª <input checked="" type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda ( ) |
| Relação Canina:                         | Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) | Esquerda I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )                | Classe III ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Subdivisão Esquerda ( )                                                |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior:                                                             | Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda ( )                                                        |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                                  | Região Anterior ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( )<br>Posterior ( )                                               |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo <input checked="" type="checkbox"/> Negativo ( )                    | Acentuado ( ) Moderado ( ) Overbite: Leve <input checked="" type="checkbox"/>                                   |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta ( )                                                                     | Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( )                                                            |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/> Retruída ( )   | Bem Posicionada Mandíbula ( )                                                | Protruída <input checked="" type="checkbox"/> Retruída ( ) Bem Posicionada ( )                                  |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( )              | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38      | Diastemas Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                       |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( )              | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38      | Radicular: Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                      |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                             | Inferior (em mm):                                                            |                                                                                                                 |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( ) Esquerda ( )                                     | Dor Muscular                                                                 | Direita ( ) Esquerda ( )                                                                                        |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não ( )                                                      | Sim ( ) Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes <input checked="" type="checkbox"/> Pré Protéticas ( )                                                |

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos"

|                                                           |                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                                                                 |                                               |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Plano de Tratamento:                                      | Preventiva ( )                                                                                                                                                                                 | Interceptiva ( )                         | Ortopédica ( )                                                                                  | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aparatologia:                                             | Ortopédica Funcional ( )                                                                                                                                                                       | Fixa <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral ( )                                                                       | Removível ( )                                 |
| Descrever Técnica:                                        | <u>montagem aparelho fixo, alinhamento com fios NiTi, arco no inferior, nivelamento, elástico de II lado esquerda, de I todo aperto, finalização, contenção maxel superior e fixa inferior</u> |                                          |                                                                                                 |                                               |
| 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):                                | <u>tubo de colagem</u>                                                                                                                                                                         | Inferior (tipo):                         |                                                                                                 |                                               |
| Prognóstico:                                              | Favorável <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                  | Desfavorável ( )                         | Duvidoso ( )                                                                                    |                                               |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>30 meses</u>                                                                                                                                                                                |                                          |                                                                                                 |                                               |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                        | 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.

19/06/2023 Diana Oliveira de Aguiar  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

09/07/2023 Dr. Vian Mats de Paula  
Data Assinatura Profissional

Dr. Vian Mats de Paula  
CRO/SP 92.592  
e Carimbo