

Código Beneficiário:

Beneficiário: Yuri Simões

Titular: FABÍCIA DE LIMA PEREIRA

Dentista: Denise Carneiro

CRO/UF:

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()
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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Inferior	Baixa () Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) 4	Inferior (em mm) 3	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Arreumar os dentes

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (X) Ortodôntica () Corretiva ()
Aparatologia: Fixo Ortodôntica Funcional () Fixa (X) Ortodôntica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: MBT, 4x2, pano expandido

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): Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? 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.

26/09/22 Assinatura Beneficiário

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

26/09/22 Assinatura Profissional e Carimbo