

Código Beneficiário: 000028115795 900 14 402
Beneficiário: MAIRA TELES LACORTI
Titular: MAIRA TELES LACORTI
Dentista: VITÓRIA DE MATHS CRO/UF: 14483

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 ()	Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (☒)	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()	
			Leve (☒)			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (☒)			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (☒)			
Maxila:	Protruída (☒)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula (☒)	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada ()	
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 ()	Dor Muscular	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (☒)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (☒)	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: QUER COLOCAR APARELHO

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ()
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (☒) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: HBT

Exodontias: ☒ 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 (☒) Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 MESES
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (☒) 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.
10/09/24 Maira Teles
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são integralmente por elas.
10/09/24
Data
Assinatura Profissional e Carimbo

ODONTOFESTA
CNPJ: 50.523.565/0001-21
CRO DA CLÍNICA 4631