

Ordem Beneficiária: 0020255110 66 00000 101

Beneficiário: **Eduardo Henrique Santana**

Titular: **Eduardo Henrique Santana**

Dentista: **Ubalândia Nunes de Souza Fernandes**

CRO/UF: **115924 / SP**

Dentição	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()			
Classificação de Angle	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita: I () II () III ()	Esquerda: I () II () III ()				
Linha Média	Coincidente ☒	Desvio Superior	Direita ()	Desvio Inferior	Direita ()	
			Esquerda ()		Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Regresso	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()			Leve ()
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒		
Mandíbula	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ()

Apinhamento	Sim ☒	12 17 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	12 17 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	0 6 7 8 9 10 11 16 18 19 20 29 30 31 32		Não ☒	33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48

Reabsorção Óssea	Sim ()	12 17 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular	Sim ()	12 17 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64		Não ☒	65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

Discrepância de Modelos	Superior (em mm)	Inferior (em mm)
Dor ou Ruído Articular	Direita ☒	Dor Muscular
	Esquerda ()	Direita ☒
		Esquerda ()

Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Ortognatíbica ()	Implantes ()	Pre Protéticas ()
---	---	---------	--------------------	--------------------------	-------------------	---------------	--------------------

Queixa Principal do Paciente: **dentes tortos.**

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

Exodontias	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal	15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo)	Interior (tipo)
Frequência	Favorável ☒
	Desfavorável ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses)	Duvidoso ()

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒	Sim ()	Ha quanto tempo?
---	---	---------	------------------

Declaro que este plano de tratamento foi elaborado com base nos dados clínicos e radiográficos fornecidos pelo paciente e/ou responsável, e que o mesmo está de acordo com o plano de tratamento proposto.

Data: **25/05/2023**

Assinatura: **Eduardo**

Data: **03/08/2023**

Assinatura: **Ubalândia Nunes de S. Fernandes**
CRO: 115924