

Código Beneficiário: 002025 1154 965 0000 6402

Beneficiário: MATHEUS MARQUES

Titular: MARILENE DE SOUZA MARQUES

Dentista: VITÓRIA DE MATHS

CRO/UF: 17 483

Dentição:	Permanente ()	Mista ☒	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			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 ☒	Região	Anterior ☒	Unilateral ☒
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()
		Negativo ☒	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída ()
			Mandíbula		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 ()
	Sim ()				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica ☒ Corretiva ()

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Hyrox por 6 meses, após entrar com odontológico físico Ap. Convencional

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): Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso () Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

Data da Consulta Inicial: x Assinatura Beneficiário: Marilene

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

Assinatura Profissional e Carimbo: ODONTOCOSTA
CNPJ: 50.523.555/0001-21
CRO DA CLÍNICA 4631