

Código Beneficiário: 202512147360000102  
Beneficiário: ITIEL LUIZ NASCIMENTO FREIRE  
Titular: \_\_\_\_\_  
Dentista: DANIEL TOBIAS CRO/UF: \_\_\_\_\_

|                                         |                                                              |                                                                              |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 ( ) Subdivisão Esquerda ( )                                                                                      |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) | Esquerda I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )                |                                                                                                                                                                      |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior:                                                             | Desvio Inferior:                                                                                                                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                                  | Região Anterior ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( )<br>Posterior ( )                                                                                                    |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo <input checked="" type="checkbox"/>                                 | Acentuado ( )<br>Negativo ( ) Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Overbite: Leve ( )<br>Acentuado ( ) Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Leve ( ) |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta ( )                                                                     | Baixa ( ) Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                 |
|                                         | Inferior                                                     | Alta ( )                                                                     | Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( )                                                                                                                 |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                | Retruída ( )                                                                 | Bem Posicionada Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                        |
|                                         |                                                              |                                                                              | Protruída ( ) Retruída ( ) Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/>                      | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38                            | Não <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( ) Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )                                                                                                                                     |

Queixa Principal do Paciente: APINHAMENTO DENTÁRIO E OVERJET

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

Descrever Técnica: COLETA DIRETA APARELHO ORTODONTICO FIXO INFERIOR, CORREÇÃO DE APINHAMENTO E SUPERIORIZADA COM INTRUSOR DE INCISIVOS USANDO TÉCNICA SEQUENCIAL E FINALIZADA COM EXPANSORES INTERMAXILARES

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 ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ( ) Sim ☒ Há quanto tempo? ARCADA SUPERIOR

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

05.01.26 Itiel Luiz Nascimento Freire  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

06.01.26 Daniel Tobias  
Data Assinatura Profissional

Daniel Tobias Bezerra  
Cirurgião-Dentista  
CRO-PI 2130