

Código Beneficiário: 002025121203000000101

Beneficiário: Rafael Santos Borges

Titular: Rafael Santos Borges

Dentista: Liliane Correia da Silva Batista

CRO/UF: 10135/BA

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal ☒	Positivo ☒	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ☒	Fonoaudiologia ☒

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Técnica Straight Wire, Aparelho Roth Fixo Sequências de fios para alinhamento e Nivelamento, Expansão dos arcos ou IPR inferior; Elásticos de intercuspidados</u>			
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):	<u>24 meses</u>			
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.

17/09/25 Rafael Santos Borges
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

17/09/25 Liliane Batista
Data Assinatura Dentista