

Código Beneficiário:

Beneficiário: Iris Rodrigues do Nascimento

Titular:

Dentista: Bianco da Rocha Furtado

CRO/UF: 147207

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

Queixa Principal do Paciente: Finalizar tratamento e encaixe de aparelho - s.r.

|                                                           |                                                                                                           |                          |                                                                                                 |                  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Plano de Tratamento:                                      | Preventiva ( )                                                                                            | Interceptiva ( )         | Ortopédica ( )                                                                                  | Corretiva (X)    |
| Aparatologia:                                             | Ortopédica Funcional ( )                                                                                  | Fixa (X)                 | Ortopédica Extra Oral ( )                                                                       | Removível ( )    |
| Descrever Técnica:                                        | <u>Estender tratamento por 24 meses, por conta da perda óssea do paciente, priorizando a preservação.</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):                                | <u>Conjugado</u>                                                                                          |                          | Inferior (tipo):                                                                                | <u>Conjugado</u> |
| Prognóstico                                               | Favorável (X)                                                                                             | Desfavorável ( )         | Duvidoso ( )                                                                                    |                  |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>12 meses</u>                                                                                           |                          |                                                                                                 |                  |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não ( )                                                                                                   | Sim (X)                  | 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.

24/02/26  
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

24/02/26  
Data

Assinatura Profissional e Carimbo