

Código Beneficiário: 002025010375109769202  
Beneficiário: Aline Ribeiro de Almeida  
Titular: Fernando Mario Ribeiro de Almeida  
Dentista: Fernando Mario Ribeiro de Almeida CRO/UF: 22339-PR

|                                         |                                                              |                                                                              |                                                                     |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                                    | Decídua ( )                                                         |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                                                 | Classe II <input checked="" type="checkbox"/>                                | Classe III ( )                                                      |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) | Esquerda I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )                |                                                                     |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior: Direita ( ) Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>    | Desvio Inferior: Direita ( ) Esquerda ( )                           |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                                  | Região Anterior ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( ) Posterior ( )      |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo <input checked="" type="checkbox"/> Negativo ( )                    | Acentuado <input checked="" type="checkbox"/> Moderado ( ) Leve ( ) |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta ( )                                                                     | Baixa ( ) Normal <input checked="" type="checkbox"/>                |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>                | Retruída ( )                                                                 | Bem Posicionada Mandíbula ( )                                       |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                                                      | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                      | Diastemas Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>           |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                                                      | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                      | Radicular: Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>          |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                             | Inferior (em mm):                                                            |                                                                     |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( ) Esquerda ( )                                     | Dor Muscular                                                                 | Direita ( ) Esquerda ( )                                            |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( ) Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )                                    |

Queixa Principal do Paciente: "mordida tortu"

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ☒  
Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
Descrever Técnica: Elastos classe II bilateral, caso não resolva, mini-implante IZC, elástico em arco, intracuspidação e finalizações a uso do aparelho novo.

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Ancoragem Superior (tipo): tubo Inferior (tipo): tubo  
Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses  
Paciente Possui Aparelho Instalado: Não ( ) Sim ☒ Há quanto tempo? 12 meses

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

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional