

Código Beneficiário: 002025122625600000103

Beneficiário: Felipe Cassia Rother

Titular: Amata Cassia - Turquia ocupacional LTDA

Dentista: Silvia M. Ribeiro Piuco

CRO/UF: 2007215C

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III (x)	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()					
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal (x)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (x)	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruida (x)	Bem Posicionada	Mandíbula ()	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada (x)
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 (x)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (x)	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 (x)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (x)	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 ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: 'Gostaria de alinhar meus dentes'

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

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

Descrever Técnica: Aparelho tipo superior e inferior de metal a metal. Sequência de fios: Inicial: 0,012/0,014/0,016/0,020 ago/0,017/0,018/0,019/0,025 ago. Elástico Classe III.

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 (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses mais ou menos.

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (x) 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.

26.06.25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

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

30.06.25
Data

Dra. Silvia M. Ribeiro Piuco
Cirurgiã Dentista
CRO/UF 20072