

Código Beneficiário: 002.025.0788955.001024.02

Beneficiário: Paul Alejandro Vallen Palma

Titular:

Dentista: Edimara Domingues Ferreira

CRO/UF: SC 23439

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa (X) Baixa (X)
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	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 (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 () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: apinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (X) Ortopédica () Corretiva ()
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: aparelho fixo parcial

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): Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
Inferior (tipo):
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) Há quanto tempo? 6 meses

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
05/02/26 x [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste plano de tratamento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
05/02/26
Data
Edimara D. Ferreira
CRO SC 23439
Assinatura Profissional e Carimbo