

Código Beneficiário: 002.025.1248.716.00000.101

Beneficiário: MALCON TADEU PEREIRA

Titular:

Dentista: KELI DENISE SILVA DE CASTRO

CRO/UF: 104.556-52

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()			
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I () II ☒ III ()					
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()		
			Esquerda ()		Esquerda ()		
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
				Posterior ()			
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()		Leve ()		
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ☒	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ()	
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 ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	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 ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	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 ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒		Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()
	Sim ()						

Queixa Principal do Paciente: dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ☒	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>2x4</u>			

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
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		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>40 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo? <u>1 ano</u>

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

10/12/25 MALCON TADEU PEREIRA
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

12/12/2025
Data

Keli Denise Silva de Castro
Cirurgiã Dentista - CRO 104556
Especialista Ortodontia
Hábitos e Protrusão Oro-Facial