

Código Beneficiário: 002025078895500068403

Beneficiário: Ingrid Dalia de Oliveira Santos

Titular: Danilo Aparecido dos Santos

Dentista: Bianca Paula Pereira dos Santos

CRO/UF: 66569 | MG

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III ()					
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()		
			Esquerda ()		Esquerda ()		
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
				Posterior ()			
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada ()	
			Mandíbula ()				
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (X)	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 ()	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 ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)						
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: Dentes separados

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

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 (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 meses		
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.

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

26/12/25

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

26/12/25

Data

Assinatura Profissional e Carimbo