

Código Beneficiário: 002025 1157 95 90 0185 301

Beneficiário: Adailson de Silva Torres

Titular:

Dentista: Edimara Domingues Ferreira

CRO/UF: 23439-SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita (X) Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Overbite: Leve ()	Normal (X) Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta () Baixa () Normal () Inferior Alta () Baixa (X) Normal ()		
Maxila:	Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula (X)		Protruída () Retruída () Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim (X) 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	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
Reabsorção Óssea:	Sim (X) 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	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
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 anterior

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

Exodontias: X 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 X
X 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 X

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 ()
Prognóstico

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 18 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

24/11/25

Data

Edimara Domingues Ferreira
Cirurgiã - Dentista
CRO/SC 23439