

Código Beneficiário: 002.025.1113822.00043602

Beneficiário: Mathen Costa Junior

Titular: Ednilza Vasques do Costa

Dentista: Bruno Luis Sá Santos

CRO/UF: 22457

|                                         |                              |                               |                                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente ( )               | Mista (X)                     | Decídua ( )                                                          |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II (X)                 | Classe III ( )                                                       |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II (X) III ( ) | Esquerda I ( ) II (X) III ( ) |                                                                      |
| Linha Média:                            | Coincidente (X)              | Desvio Superior:              | Desvio Inferior:                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                   | Região Anterior ( ) Posterior ( )                                    |
| Overjet:                                | Normal (X)                   | Positivo ( )                  | Acentuado ( )                                                        |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                      | Baixa ( )                                                            |
| Maxila:                                 | Protruída (X)                | Retruida ( )                  | Bem Posicionada Mandíbula ( )                                        |
| Apinhamento:                            | Sim (X)                      | Não ( )                       | Diastemas Sim (X) Não ( )                                            |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | Não (X)                       | Radicular: Sim ( ) Não (X)                                           |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm) (2 mm)      | Inferior (em mm) (4 mm)       |                                                                      |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Esquerda ( )                  | Dor Muscular Direita ( ) Esquerda ( )                                |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não (X)                      | Sim ( )                       | Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( ) |

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                 |               |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Plano de Tratamento:                                      | Preventiva ( )                                                                                                                                                                                                         | Interceptiva ( )         | Ortopédica ( )                                                                                  | Corretiva (X) |
| Aparatologia:                                             | Ortopédica Funcional ( )                                                                                                                                                                                               | Fixa (X)                 | Ortopédica Extra Oral ( )                                                                       | Removível ( ) |
| Descrever Técnica:                                        | <u>CDS + CDI + cimentação de Bandas 36/46/116/126/ Alinhamento + nivelamento dos arcos preservando espaços dos elementos permanentes não irrompidos até irromper. Ajuste via Class II com elásticos intracorpóreos</u> |                          |                                                                                                 |               |
| 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):                                | Inferior (tipo):                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                 |               |
| Prognóstico                                               | Favorável (X)                                                                                                                                                                                                          | Desfavorável ( )         | Duvidoso ( )                                                                                    |               |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>36 meses</u>                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                 |               |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não ( )                                                                                                                                                                                                                | Sim (X)                  | 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.

23.06.23  
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]  
Assinatura Beneficiário

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

23.06.23  
Data

[Assinatura]  
Assinatura Profissional e Carimbo

**Dr. Bruno Luis Sá Santos**  
CIRURGIÃO DENTISTA  
CRO-PR 22457