

Código Beneficiário: 002025115795900001003

Beneficiário: Mathews Peters Magenis

Títular: Fabricia Peters Magenis

Dentista: Tatiana Profiro da Silva

CRO/UF: 17731 SC

|                                         |                                                              |                                                               |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                     | Decídua ( )                                                                                                       |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>                 | Classe II ( )                                                 | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )                                   |
| Relação Canina:                         | Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) | Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) |                                                                                                                   |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior:                                              | Direita ( )<br>Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>                                                       |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                   | Região Anterior ( )<br>Posterior ( )                                                                              |
| Overjet:                                | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Positivo ( )<br>Negativo ( )                                  | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                                                         |
| Inclinação Dentária:                    | Superior<br>Inferior                                         | Alta ( )<br>Alta ( )                                          | Baixa ( )<br>Baixa ( )                                                                                            |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                | Retruída ( )                                                  | Bem Posicionada Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/>                                                     |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/>                      | Não ( )                                                       | Diastemas Sim ( )<br>Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                      |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                                                      | Não <input checked="" type="checkbox"/>                       | Radicular: Sim ( )<br>Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                     |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                             | Inferior (em mm):                                             |                                                                                                                   |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                  | Dor Muscular                                                  | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                       |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( )                                                       | Fonoaudiologia ( )<br>Otorrinolaringologia ( )<br>Cirurgia Ortognática ( )<br>Implantes ( )<br>Pré Protéticas ( ) |

Queixa Principal do Paciente: alinhar os dentes

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ☒  
 Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
 Descrever Técnica: MTB / alinhar e nivelar os dentes e corrigir linha média.

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 ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 20 meses  
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.

25.02.26 - Fabricia Peters Magenis  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

26.02.26 - Tatiana P. da Silva  
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Tatiana Profiro da Silva  
Cirurgiã Dentista  
CRO SC 17731