

Código Beneficiário: 002025121696 00 000.02
 Beneficiário: Kíria Rocha Salomão
 Titular: Eliezer Oliveira Salomão
 Dentista: Victor Cavalcanti Coelho
 CRO/UF: 9981/PE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--|
| Dentição: | Permanente <input checked="" type="checkbox"/> | Mista <input type="checkbox"/> | Decidua <input type="checkbox"/> | | | |
| Classificação de Angle: | Classe I <input type="checkbox"/> | Classe II <input type="checkbox"/> | Divisão 1 ^a <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Divisão 2 ^a <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/> | Classe III <input type="checkbox"/> | Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/> | |
| Relação Canina: | Direita <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Linha Média: | Coincidente <input type="checkbox"/> | | Desvio Superior: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> | Desvio Inferior: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> | | |
| Relação Transversal: | Normal <input checked="" type="checkbox"/> | Cruzada <input type="checkbox"/> | Região: | Anterior <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> | Posterior <input type="checkbox"/> | |
| Overjet: | Normal <input checked="" type="checkbox"/> | Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> | Acentuado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> | Positivo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> | |
| Inclinação Dentária: | Superior | Alta <input type="checkbox"/> | Baixa <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Dentária: | Inferior | Alta <input type="checkbox"/> | Baixa <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Maxila: | Protruída <input checked="" type="checkbox"/> | Retruída <input type="checkbox"/> | Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/> | Protruída <input checked="" type="checkbox"/> | Retruída <input type="checkbox"/> | Bem Posicionada <input type="checkbox"/> |
| Apinhamento: | Sim <input type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Diastemas Sim <input checked="" type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Não <input type="checkbox"/> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Não <input type="checkbox"/> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | | |
| Reabsorção Óssea: | Sim <input type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Radicular Sim <input type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Não <input type="checkbox"/> 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 Ruido Articular: | Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> | Dor Muscular | Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> | | | |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/> | | Sim <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Cirurgia Ortognática <input type="checkbox"/> | Implantes <input type="checkbox"/> | Pré Protéticas <input type="checkbox"/> | |

Queixa Principal do Paciente: Diastema e mordida valente

| | | | | |
|----------------------|---|---------------------------------------|--|---|
| Plano de Tratamento: | Preventiva <input type="checkbox"/> | Interceptiva <input type="checkbox"/> | Ortopédica <input type="checkbox"/> | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aparatologia: | Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/> | Fixa <input type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/> | Removível <input type="checkbox"/> |
| Descrever Técnica: | Apinhamento + nivelamento + mini implante inferior esquerdo + reumocão do 38 + tracionamento da traíra 33-37 para correção da classe III. | | | |

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

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Ancoragem Superior (tipo): | Inferior (tipo): | | |
| Prognóstico | Favorável <input checked="" type="checkbox"/> | Desfavorável <input type="checkbox"/> | Dúvidoso <input type="checkbox"/> |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | 12 meses | | |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input checked="" type="checkbox"/> |
| Há quanto tempo? 11 meses | | | |

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 minhas, integralmente por elas.

Dr. Victor Cavalcanti
Cirurgião Dentista
CRO-PE 9981

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

03/06/2025