

Código Beneficiário: 0020251211696 00000102

Beneficiário: Kécia Rocha Salomão

Titular: Eliezer Oliveira Salomão

Dentista: Victor Cavalcanti Coelho

CRO/UF: 9981/PE

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ( )	Decidua ( )
Classificação de Angle:	Classe I ( )	Classe II ( )	Classe III ( )
Relação Canina:	Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )	Esquerda I ( ) II ( ) III <input checked="" type="checkbox"/>	
Linha Média:	Coincidente ( )	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada ( )	Região
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ( )	Acentuado ( )
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ( )	Baixa ( )
Maxila:	Protruída <input checked="" type="checkbox"/>	Retruída ( )	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ( )	Não ( )	
Reabsorção Óssea:	Sim ( )	Não ( )	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm)	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ( )	Esquerda ( )	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim ( )	

Queixa Principal do Paciente: Diastema e mordida valveta

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ☒  
Aparatologia: Ortópédica Funcional ( ) Fixa ( ) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )

Descrever Técnica: Alinhamento + nivelamento + mini implante inferior esquerdo + umecção do 38 + Inacionamento da bateria 33-37 para correção da classe III.

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): Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Inferior (tipo):

Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses  
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Sim ☒ Não ( ) 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 integrais por elas.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

03/06/2025

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

**Dr. Victor Cavalcanti**  
Cirurgião Dentista  
CRO-PE 9981