

Código Beneficiário: 002.025.1211271.00001.01
Beneficiário: Rosa Paula Lima de Almeida
Titular: Rosa Paula Lima de Almeida
Dentista: Deborah Gonçalves Ferreira CRO/UF: 123003

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

Queixa Principal do Paciente:

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Técnica arco reto, com preclusão retal 022.

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 ()
Prognóstico: Favorável () Desfavorável ☒ Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): ± 36 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.

19/08/25 Rosa Paula L. de Almeida
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

19/08/25 Deborah Gonçalves Ferreira
Data Assinatura Profissional e Carimbo