

Código Beneficiário: 002.025 0788955.00102401

Beneficiário: Keila Paola Vallen Palma

Titular:

Dentista: Edmara Domingues Ferreira

CRO/UF: SC 23439

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X)	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita (X)
			Esquerda ()		Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado (X)		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída (X)
					Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21		Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Radicular:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21		Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	-2 a -3mm	Inferior (em mm):	-3a -4mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()		Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
				Implantes (X)	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Ortodontia aparelho fixo - alinhamento e nivelamento, conexão da classe II dentária

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Inferior (tipo):
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) Sim () Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
 05/02/26 x [Assinatura Beneficiário]
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
 05/02/26 [Assinatura Profissional e Carimbo]
 Data Assinatura Profissional e Carimbo