

Código Beneficiário: 002025 122401 700000 102

Beneficiário: CAROLINA DA SILVA BRASIL

Titular:

Dentista: Wesley Suzin Oliveira

CRO/UF: 17601

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

Queixa Principal do Paciente: Dor no maxilar e para frente

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Arco e umelox + elástico class II

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): bandas Inferior (tipo): bandas

Prognóstico Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (x) 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.

30/06/25 [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

30/06/25 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo