

Código Beneficiário: 002025 0788955 00063101

Beneficiário:

Titular:

Matheus Wagner da Silva

Dentista:

Carla C Geiser Holz

CRO/UF: 5462

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ☒ Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado ☒ Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	5mm	Inferior (em mm): 4mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ☒ Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

moedada errada

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>no auto anexo</u>			

Exodontias:	☒ 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 ☒	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 ()	Desfavorável ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	40
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

13.02.25 Matheus Wagner da Silva
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13.02.25
Data

Carla C Geiser Holz
Assinatura Profissional e Carimbo
Carla C. Geiser Holz
Cirurgiã Dentista
CPO/SC 5462