

Código Beneficiário: 002025 1211945 00000 102
Beneficiário: NATIELI SOARES DE AMOJO JAVITO
Titular: _____
Dentista: DANIEL TORRES CRO/UF: 2130-PI

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

Queixa Principal do Paciente: OVERJET

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

Descrever Técnica: EXODONTIA DO 24 PARA CORREÇÃO DE CASO II UNO ESQUERDO E LINHA MÉDIA SUPERIOR COM LINHA MÉDIA INFERIOR E VERTICALIZAÇÃO NOS DENTES 37, 46 E 47

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): ESEQUELÉTICA (mini-implante) Inferior (tipo): _____

Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

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

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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

23/04/25

Data

Assinatura Profissional e Carimbo
Daniel Roberto Torres
Cirurgião-Dentista
CRO-PI 2130