

Código Beneficiário: 002.025.0788955.0010243

Beneficiário: Simay Victoria Abre Vallem

Titular:

Dentista: Edimara Domingues Ferreira

CRO/UF: SC 23439

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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente () Desvio Superior:	Direita () Desvio Inferior: Direita () Esquerda () Esquerda ☒
Relação Transversal:	Normal ☒ Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Overbite: Normal ☒ Positivo () Acentuado () Moderado () Leve () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta () Baixa () Normal ☒ Inferior Alta () Baixa ☒ Normal ()	
Maxila:	Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula ☒	Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente:

Apinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Aparelho convencional fixo p/ alinhamento e nivelamento; correção do apinhamento e coordenação das arcadas. Obs.: será avaliada necessidade de exodontia após o alinhamento e nivelamento.

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): 12 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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

Data da Consulta Inicial

x

[Assinatura]

Assinatura Beneficiário

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

05/02/26

Data

Edimara
Dra Edimara D. Ferreira
CRO SC 23439

Assinatura Profissional e Carimbo