

Código Beneficiário: 002.025.411378.00004902
 Beneficiário: Guilherme Pedrosa
 Titular: _____
 Dentista: Isabela Freire Silva Araújo CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()	
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 () Unilateral () Bilateral () Posterior ()	
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada ☒	
			Mandíbula	
			Protruída () Retruída ☒ Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):		
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()		

Queixa Principal do Paciente: Queixinha para trás

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica ☒ Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: uso de aparelho fixo + propulsor mandibular para avanço de mandíbula

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):				
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):					
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	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.
03/10/25 x Guilherme Pedrosa Assinatura Beneficiário
 Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e responsabilizo integralmente por elas.
03/12/25 Isabela Freire Silva Araújo Data
 Cirurgião - Dentista
 CRO/SC 24070 Assinatura Profissional e Carimbo