

Código Beneficiário: 00202512 33738 000 00105  
Beneficiário: Agnes da Silva Santos  
Titular: Agnes da Silva Santos  
Dentista: Victor Cavalcanti Coelho CRO/UF: 9985 / PE

|                                         |                              |                               |                                   |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                     | Decidua ( )                       |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II (X)                 | Classe III ( )                    |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II ( ) III ( ) | Esquerda I ( ) II ( ) III ( ) |                                   |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior:              | Desvio Inferior:                  |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                   | Região Anterior ( ) Posterior ( ) |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo (X)                  | Acentuado (X)                     |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                      | Baixa ( )                         |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                  | Bem Posicionada Mandíbula (X)     |
| Apinhamento:                            | Sim (X)                      | Não ( )                       |                                   |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | Não (X)                       |                                   |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)             | Inferior (em mm):             | 3 mm                              |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Esquerda ( )                  |                                   |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não (X)                      | Sim ( )                       |                                   |

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento inferior

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva (X)  
Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa (X) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
Descrever Técnica: Alinhamento e nivelamento dos elementos anteriores inferiores

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): Inferior (tipo):  
Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 6 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.

10/09/25  
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

10/09/25  
Data

**Dr. Victor Cavalcanti**  
Cirurgião Dentista  
CRO-PE 9981

Assinatura Profissional e Carimbo