

Código Beneficiário: 0020 25 11 57.959 000 55 603
Beneficiário: Kulen Camilo Cais
Titular: _____
Dentista: Silvia M.º Ribeiro Pinco CRO/UF: 20072/SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()	
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ☒ Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ☒	Esquerda I () II () III ☒		
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região	Anterior ☒ Unilateral ☒ Bilateral () Posterior ☒
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()	Overbite: Normal () Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()	Normal ☒ Normal ☒
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	Diastemas Sim () Não ☒
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	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 () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "mulhera minha mordida"
OBS: Continuação de tratamento pois a outro clínico discordância
Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortópédica () Corretiva ()
Aparatologia: Ortópédica Funcional () Fixa () Ortópédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Aparelho fixo sup. e inf. de mola a mola
Sequência de fios Nit: 0.10x12, 0.14x10, 0.16x10, 0.16x22, 0.20x20, 0.17x10, 0.18x10, 0.19x25
Elasticos para cerças de Classe III bilaterais

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):	<u>36 meses mais ou menos</u>				
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.
02/10/25 Kulen Camilo Cais
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste planejamento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
10/10/25 Silvia M.º Ribeiro Pinco
Data Assinatura Profissional e Carimbo