

Código Beneficiário: 002025 12.03.125 00000 101

Beneficiário: João de Oliveira Xavier

Titular:

Dentista: Sílvia M^o Ribeiro Pinco

CRO/UF: 20072/SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior (X)
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim () Não (X)	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 (X) 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 () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
		Implantes (X)	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Arrumar a mordida"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Aparelho Jucco Sup. e inferior de mola a mola. Sequência de fios: 0,012/0,014/0,016/0,016x22/0,020 Aço. 0,17/0,17x25/0,18/0,19x25

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 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 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) Sim ()

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
19.08.25 João Xavier
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
04.11.25
 Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dr.ª Silvia M. Ribeiro Pinco
Cirurgiã Dentista
CRO 9620072