

Código Beneficiário: 002-025-0105506-005908-04
Beneficiário: Elia de Silva Souza
Titular: Barbara de Silva Santos
Dentista: Viviane Cristina de Souza Pinto CRO/UF: 133164

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

Queixa Principal do Paciente: dentes para frente e mordida for.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica (X) Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional (X) Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Bionator II modificado + aparelho fixo → expansão leve + avanço mandibular + alinhamento e coordenação c/ aparelho fixo

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

Ancoragem Superior (tipo): convencional Inferior (tipo): convencional
Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 46 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.
Data da Consulta Inicial: 24.11.25 Assinatura Beneficiário: [Assinatura]
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Data: 24.11.25 Assinatura Profissional e Carimbo: [Assinatura]