

Código Beneficiário: 002025 1157 959 00172 502
Beneficiário: Pedro Ramuque Stecheren
Titular: _____
Dentista: Silvia M^o Ribeiro Pires CRO/UF: 20072/SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas Sim () Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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: "Sintus tater". OBS: Continuação de tratamento pois a gente clínico discordamos
Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Aparelho fixo sup. unil. de mola a mola.
Sequência de fios Niti: 0,012/0,024/0,036/0,016x22/0,20.
Ag 0,27/0,018/0,29x25

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):	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 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 Alinem Peremias
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste plano de tratamento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
09.10.25 Silvia M^o Ribeiro Pires
Data Assinatura Profissional e Carimbo
Cirurgiã Dentista
CRO/SC 20072