

Código Beneficiário: 002025115795900168302
 Beneficiário: Linicius Francisco Berba Xavier
 Titular: _____
 Dentista: Sílvia M^o Ribeiro Pucci CRO/UF: 20072/SC

Dentição	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina	Direita I () II (x) III ()	Esquerda I () II (x) III ()				
Linha Média	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	
			Esquerda ()		Esquerda ()	
Relação Transversal	Normal (x)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet	Normal	Positivo (x)	Acentuado ()	Normal (x)	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado (x)	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()		Leve ()	
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()		
Maxila	Protruída (x)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída (x)	Retruida ()	Bem Posicionada ()
Apinhamento	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
	Não (x)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Reabsorção Óssea	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
	Não (x)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não (x)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Discrepância de Modelos	Superior (em mm)			Inferior (em mm)		
Dor ou Ruído Articular	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()			
	Esquerda ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar	Não (x)					
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "melhor o espaço dos dentes da frente"

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

Descrever Técnica: Aparelho fixo superior e inferior de mola a mola. Sequência de fios: Niti 0,012/0,024/0,018/0,020/0,027/0,018/0,019x25 aço. Elásticos coevanti para fechar diastemas.

Exodontias: 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): 24 meses mais ou menos.
 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.
24.06.25 x Linicius Francisco Berba Xavier
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
24.06.25
 Data
Dra. Sílvia M^o Ribeiro Pucci
 Cirurgiã Dentista
 Atribuição: 20072/SC