

Código Beneficiário: 002.025.1113952.00004601
Beneficiário: Rafael Campos da Silva
Titular: Rafael Campos da Silva
Dentista: Dr. Bruno Luis Sá Santos CRO/UF: 22457

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado () Moderado () Leve ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): 0	Inferior (em mm): -1 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: Continuidade do tratamento.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Termino do alinhamento e nivelamento, elásticos de classe III (E) + linha guia para correção do desvio. Torque em fio sup para correção da inclinação. Intercuspidação. Remoção + contenção

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Ancoragem Superior (tipo): não Inferior (tipo): não
Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 18 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim ☒ Há quanto tempo? 2 anos

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

17/04/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

17/04/25
Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dr. Bruno Luis Sá Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-PR 22457