

Código Beneficiário: 002.025.10550600041502
 Beneficiário: Bruno Pereira
 Titular: Mariana America Pereira
 Dentista: Debora Goncalves Terribile CRO/UF: 127.007

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
			Divisão 2ª ()	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 ()	Acentuado (X)	Normal ()	Positivo ()	Acentuado (X)	
			Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado (X)
		Leve ()		Leve ()			
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ()	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
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	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
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: Continuidade no tratamento ortodôntico mais de outra clínica.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Linha de arco reto, com prescrição 20th a22.

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 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 () Desfavorável (X) Duvidoso (X)
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): ± 36 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) Há quanto tempo? 5 anos

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
28/01/25 Bruno P. Costa
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
28/01/25
 Data

Debora G. Terribile
 Assinatura Profissional Cirurgiã-Dentista
 CRO 127007