

Código Beneficiário: 002025115795900078501

Beneficiário: Anderson Alves Ferreira

Titular

Dentista: Elisandra F. Ferreira

CRO/UF: 244935

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

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Colagem aparelho superior e inferior, colagem de tubos, alinhamento e nivelamento, distalizações, uso de elásticos classe III, ajuste linha média, slice inferior, intercuspidações.</u>			
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
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	<u>sem implante</u>	Inferior (tipo):		
Prognóstico:	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo?	<u>6 meses</u>

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

14/11/25 Anderson Alves Ferreira
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

14/11/25
Data

Dra. Elisandra Meireles
Cirurgiã Dentista
CRO-SC 24495