

Código Beneficiário:

Beneficiário: Vonuxa Pereira Flores

Titular:

Dentista: _____ CRO/UF: _____

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 ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ☒		Negativo ()	Moderado ☒
			Leve ()			Leve ()
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 ☒	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 ()	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 ☒	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 ()	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ☒ Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: estética, reabilitação / funcional

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Técnica do arco curto com A/N dos dentes, fechamento de diastemas, ajuste de espaço para implante do 36, elástico classe II lado D, uso de mini implante lado E e 1º distalizador, apêres e mecânico</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 21 22 23 24 25 26 27 28	
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Mini implante (tabey)</u>	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>30 meses</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒	Sim ()	Há quanto tempo?	

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

19.12.2025

Data

Laryssa Signor

Assinatura Profissional e Carimbo

Laryssa Signor
Cirurgiã Dentista
CRO-RS 26158