

Código Beneficiário: IANNE ESTER ARRUJO SILVA

Beneficiário: 002025121177000000103

Titular:

Dentista: DANIEL TOBIAS

CRO/UF:

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 ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente:

APINHAMENTO

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

Descrever Técnica: INICIALIZAÇÃO EXPANSÃO DA MAXILA PARA MELHORAR ALINHAMENTO E DESFAZER MORCIDA CRUZADA E APÓS ISSO USO DE APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DENTÁRIA ALINHANDO E VIVENDO E FINALIZANDO COM EMBUDO CLASSE II INTERMAXILAR

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 () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.

20/02/26 Abelha Kelly Conceição
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

20/02/26 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo