

Código Beneficiário: 002025109639700002401

Beneficiário: Felipe Gustavo Pedro

Titular: Felipe Gustavo Pedro

Dentista: Bianca Paula Pereira dos Santos

CRO/UF: 66569 / MG

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () 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 ()	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()
			Leve (X)			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)		
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
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 (X)	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 ()	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 (X)	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:

"Dentes eram para frente, com o uso do aparelho já melhorou bastante"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva (X)	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Técnica SMS Speed			

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):	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	28 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo? 12 meses

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

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

01 / 04 / 25

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

01 / 04 / 25

Data

Assinatura Profissional e Carimbo