

Código Beneficiário: 007 0251 08751 008 4301  
 Beneficiário: Ana Caroline Carneiro  
 Titular: \_\_\_\_\_  
 Dentista: Fernando Maria Leal de Almeida CRO/UF: 22339 PR.

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ( )	Decídua ( )		
Classificação de Angle:	Classe I <input checked="" type="checkbox"/>	Classe II ( )	Divisão 1ª ( )	Subdivisão Direita ( )	Classe III ( )
			Divisão 2ª ( )	Subdivisão Esquerda ( )	Subdivisão Esquerda ( )
Relação Canina:	Direita I ( ) II ( ) III <input checked="" type="checkbox"/>	Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )			
Linha Média:	Coincidente ( )	Desvio Superior:	Direita <input checked="" type="checkbox"/>	Desvio Inferior:	Direita ( )
			Esquerda ( )		Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>
Relação Transversal:	Normal ( )	Cruzada ( )	Região	Anterior ( )	Unilateral ( )
				Posterior ( )	Bilateral ( )
Overjet:	Normal	Positivo ( )	Acentuado ( )	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ( )
		Negativo ( )	Moderado ( )		Negativo ( )
			Leve ( )		Acentuado ( )
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ( )	Baixa ( )	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	
	Inferior	Alta ( )	Baixa ( )	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	
Maxila:	Protruída ( )	Retruída ( )	Bem Posicionada	Protruída ( )	Retruída ( )
			<input checked="" type="checkbox"/>		Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>
Apinhamento:	Sim ( )	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ( )
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não <input checked="" type="checkbox"/>
					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 ( )
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não <input checked="" type="checkbox"/>
					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: "Apinhamento anterior"

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva   
 Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa  Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
 Descrever Técnica: Limbo de torques superior e inferior, intercuspidação, finalização e acompanhamento aparelho móvel.

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): Tubo Inferior (tipo): Tubo  
 Prognóstico Favorável  Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses  
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ( ) Sim  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.  
 \_\_\_\_\_  
 Data da Consulta Inicial \_\_\_\_\_ Assinatura Beneficiário Ana Caroline Carneiro

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.  
 \_\_\_\_\_  
 Data 12/03/2025

**Dr. Fernando M. P. de Almeida**  
 Cirurgião Dentista  
 Assinatura Profissional nº 22339