

Código Beneficiário: 0020251234 696 0000 102
Beneficiário: Edsonai Bonfim dos Santos
Titular: _____
Dentista: Dra Caroline Lima dos Santos CRO/UF: 24987-BA

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ()	Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()			
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior () Posterior ()	Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()	Overbite:	Normal () Positivo (X) Negativo () Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()	Normal (X)	Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	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	Diastemas	Sim (X)	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
Reabsorção Óssea:	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	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X) Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia (X)	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X) Pré Protéticas (X)

Queixa Principal do Paciente: Paciente imbatível com o alinhamento dentário e deseja iniciar aparelho ortodôntico
Plano de Tratamento: Preventiva (X) Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: uso do aparelho metálico, utilizando fio ortodôntico inicial de aço para iniciar o alinhamento

Exodontias:	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):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	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.

13/11/25 Edsonai Bonfim dos Santos
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13/11/25 Caroline Lima dos Santos
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Caroline Lima
Cirurgiã-Dentista
CRO 24987