

Código Beneficiário: 002.025.411378.00004902

Beneficiário: Guilherme Pedrosa

Titular:

Dentista: Isabela Freire Silva Araújo

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 ()		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: Queixinha para trás

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica ☒ Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: uso de aparelho fixo + propulsor mandibular para avanço de mandíbula

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): 36 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.

03/10/25 Guilherme Pedrosa
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

03/12/25
 Data

Dra. Isabela Silva
 Cirurgião - Dentista
 CRO/SC 24070
 Assinatura Profissional e Carimbo