

Código Beneficiário: 0020 2512 2359 100009001
Beneficiário: Daniela de Los Angeles Brune
Titular: _____
Dentista: Colsonndre F. Ferreus CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª (X) Subdivisão Esquerda (X)	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda (X)	
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim (X)	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 (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Reabsorção Ossea:	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)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: Alinhamento dos Dentes

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Colagem Superior e inferior, evulsão de arcos, fechamento de espaços, uso de elásticos intra e extra bucais e interluspi depois.</u>			
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):	<u>Mini implante</u>	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>			
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.

06/11/2025 [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

06/11/2025 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo