

Código Beneficiário: 002025 022 588 50002 8601

Beneficiário: CÍNTIA DANIEL DE SOUZA

Titular:

Dentista: NADINE PEREIRA SCHEIDT

CRO/UF: SC 23388

Dentição	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita (X)	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I (X) II () III ()			
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região	Anterior ()	Unilateral (X)
				Posterior (X)	DIREITA
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo (X)
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)	
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)	
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()	Retruída (X)
					Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (X)
Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	—	Inferior (em mm):	—	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()		Esquerda ()	Nenhuma	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
	Sim ()				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Broquette MBT MORELI 0.22. instalado de 2ª a 2ª mola sequência de fios 0.14, 0.16, 0.18 de Niti 0.18x25 Niti 0.19x0.25 aço. uso de elástico para corrigir mordida (crossbite) + alarbar de mola suspensão + alarbar p/ controle de linha média

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 (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Não (X) Sim () Há quanto tempo?
 Previamente?

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

18/05/25 Jaime D. Souza
 Data de Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

18/06/25 Nadine P. Scheidt
 Data Assinatura Profissional e Carimbo

DRA. NADINE P. SCHEIDT
 Cirurgiã - Dentista
 CRO/SC 23388