

Código Beneficiário: 002025 202004 90055 601

Beneficiário: ALINE MACHADO GUARIA

Titular:

Dentista: ELIZABETH NIEMEYER

CRO/UF: 19885

Dentição	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média	Coincidente (X)	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária	Superior: Alta () Baixa ()	Inferior: Alta () Baixa ()	Normal (X)
Maxila	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada (X)
Mandíbula	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento	Sim (X)	Não ()	
Reabsorção Óssea	Sim ()	Não (X)	
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 () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: alinhar os dentes inferiores

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: alinhar - nivelar - alongar inferior para alinhar anteriores f. nalizar

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): Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24

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.

14/02/25 Aline Machado
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

14/02/25
Data

CLÍNICA ODONTOCOSTA LTDA
CNPJ 50.523.565/0001-21