

Código Beneficiário: 002.025.3338390.000001.04
Beneficiário: Sandra Maria Veloso da Silva
Titular: Antonio Teixeira dos Santos Junior
Dentista: Dra. Caroline CRO/UF: Ba 24987

Dentição:	Permanente ☒ Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒ Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III () Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒ Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒ Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒ Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Overbite: Leve ()	Normal ☒ Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () 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 Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	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
Reabsorção Óssea:	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	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita ☒ Esquerda ()	Dor Muscular: Direita ☒ Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Alinhamento devido ao Apinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva ☒ Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ()
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Alinhamento com braquetes colado nos dentes e conectado ao fio

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):
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.

13/08/24 Sandra Maria V. da Silva
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13/08/24 Caroline Lima da Silva
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Caroline Lima
Cirurgiã-Dentista
CRO 24987