

Código Beneficiário: 002 025 0065636 001488 01

Beneficiário: Fabiano Silva

Titular: Fabiano Silva

Dentista: Daianny Barbosa Carvalho Muller

CRO/UF: 25/46

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita (X) Div. 2ª () Subdivisão Esquerda (X)
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado (X) Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X) Normal ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada
Mandíbula:			Protruída (X) Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ()
Reabsorção Óssea:	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)	47 mm / 0 mm	Inferior (em mm): 32 mm / 3,7 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica:

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

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):
Paciente Possui Aparelho Instalado 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.

29/07/25
Data da Consulta Inicial

Fabiano Silva
Assinatura Beneficiário

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

11/08/25
Data

Assinatura Profissional e Carimbo