

Código Beneficiário: 002025121197400000101
Beneficiário: Jonny Franklin Basto Costa
Titular: Jonny Franklin Basto Costa
Dentista: Cristiane Regis Navarro CRO/UF: 2712-PB

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 ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ☒ Posterior ☒ 2º Molares
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado ☒ Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒ Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída ☒ Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	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	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ☒ Não ()	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	Radicular: Sim ☒ Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) —	Inferior (em mm):	-2 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: "Quero só alinhar os dentes de baixo da frente"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Remoção aparelho fixo superior e inferior; Montagem ap. fixo superior; alinhamento e nivelamento; desgastes interproximais nos 31, 32, 41, 42; limpeza das 37 e 47; Remoção aparelho; Contingência. OBS: Tratamento com castela, devida a reabsorção óssea</u>			
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):	—			
Ancoragem Inferior (tipo):	—			
Prognóstico	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso ☒	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 meses</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo?	<u>Aproximadamente 3 anos</u>

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

08/10/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

08/10/25
Data

Assinatura Profissional e Carimbo
Drª Cristiane Regis Navarro
CRO-PB 2712
Ortodontista