

Código Beneficiário: **Roberto Henrique de Amor do Silva**
 Beneficiário: **002025 1119 301 0001 4301**
 Titular: **Roberto Henrique de Amor do Silva**
 Dentista: **Mariana Victoriano Queiroz**

CRO/UF

Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()	Subdivisão Direita ☒	Subdivisão Esquerda ()
Classificação de Angle	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Divisão 2ª ()
Relação Causa	Direita ()	Esquerda ()	Desvio Superior	Desvio Inferior
União Média	Concidente ()	Desvio Superior	Direita ☒	Esquerda ()
Relação Transversal	Normal ()	Cruzada ☒	Região	Anterior ()
Overjet	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Moderado ()
Inclinação Distal	Superior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ☒
Máxila	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒	Protruída ☒

Apinhamento	Sim ()	Não ☒	Diastemas	Sim ()	Não ☒
Reabsorção Osseas	Sim ()	Não ☒	Radicular	Sim ()	Não ☒

Discrepância de Modelos	Superior (em mm)	Inferior (em mm)
Dor ou Ruído Articular	Direita ()	Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar	Não ()	Sim ☒
	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
	Cirurgia Ortognática ☒	Implantes ()
	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente

Plano de Tratamento	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica	segunda ortognática p/ o paciente / tentar um tratamento compensatório			

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 ()	Desfavorável ()	Duvidoso ☒
Prognóstico	Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar todos os serviços necessários sempre que julgar necessário
 25.03.25 Pablo
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas
 25.03.2025 Mariana V. Queiroz
 Data Assinatura Profissional

CIRURGIÁ DENTISTA
 CRO-PR: 25688