

Código Beneficiário: 002.025.1113952.000047.01

Beneficiário: Kelly Cristina Ribeiro Moreira

Titular: Kelly Cristina Ribeiro Moreira

Dentista: Duane Luis do Santos

CRO/UF: 22457

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	Não ()	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): <u>3 mm</u>	Inferior (em mm): <u>1 mm</u>	
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: termínio do tratamento em andamento

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Recolagem de braquetes quebrados / ausentes / troca de Bandas por tubos / alinhamento + nivelamento / fechamento de espaços com elástico corrente / intercuspidação / Remoção + contenção</u>			
Exodontias:	<u>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28</u>		Desgaste Inter proximal: <u>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28</u>	
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ☒		Inferior (tipo): Desfavorável () Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>18 meses</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo?	<u>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.

23/06/25
Data da Consulta Inicial

Kelly
Assinatura Beneficiário

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

23/06/23
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional e Carimbo