

Código Beneficiário: 002. 025. 1171500. 000290. 01

Beneficiário: Juliana Rodrigues da Silva

Titular: Juliana Rodrigues da Silva

Dentista: Camila Hegedus - Lumen Odontologia

CRO/UF: 110952-SP

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm):	Não	Inferior (em mm):
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular: Não	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: apinhamento anterior (sic)

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (X) Ortopédica () Corretiva ()
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: alinhar mielon, uso de elásticos CL II esquerda após alinhamento, se necessário - técnica straight wire

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): tubos 16/17/26/27 Inferior (tipo): tubos - 36/37/46/47

Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? 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.

24/09/25 x Juliana Baliza de S. L. Assinatura Beneficiário

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

24/09/25 Camila Assinatura Profissional e Carimbo