

Código Beneficiário: 002 025 120 2835 00001 03

Beneficiário: Laura Luiz Santos de Almeida

Titular: Walquíria Gama Roche Santos

Dentista: Tatiane de Azevedo Nascimento Feitosa

CRO/UF: 85245 SP

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior () Inferior ()	Alta () Baixa ()	Normal (X)
Maxila:	Protruída () Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)	Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X) Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas: Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular: Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Arrumar os dentes.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	BOT - alinhamento e nivelamento - elástico interusp - conexão superior móvel e fixa inferior			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 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):	18 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. 26/01/26 Ameli Santos Coelho 26/01/26

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas. 26/01/26

Assinatura Profissional e Carimbo: Dra Tatiane de A. Nascimento, Cirurgiã-Dentista, CRO 85.245