

Código Beneficiário: 002025115795900023001

Beneficiário: Antonio de Sousa Uchoa Sobrinho

Titular: Antonio de Sousa Uchoa Sobrinho

Dentista: Elisandra Figueiredo Meireles

CRO/UF: SC24495

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 ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()
		Leve ()	Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
			Mandíbula Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim () Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
		Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Alinhar dentes

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Colagem aparelho superior e inferior, alinhamento de arcos, alinhamento e nivelamento, guias oclusais com placas intra-oral, ajuste isoplas para incluir dentes faltantes</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	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		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	

Ancoragem Superior (tipo):	Prognóstico Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo? <u>Em média 8 meses</u>

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

04/10/25 Antonio
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

04/10/25 Dra. Elisandra Meireles
Data Assinatura Dentista
CRO-SC 24495