

Código Beneficiário: Gabriel de Moraes Nolas Boas
Beneficiário: 0020 2506 7140 30 0000 163
Titular: _____
Dentista: Dr. Aline Netto de Godoy CRO/UF: 116085

Dentição:	Permanente ☒ Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒ Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()
Linha Média:	Coincidente ☒ Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒ Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒ Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta () Inferior Alta ☒	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒ Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	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	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
Reabsorção Óssea:	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	Radicular: 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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):
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: Finalizar ortod.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Instalar ap. progressivo, alívio muelto, elástico 1/2 P/mela interap. de 1h 30x2, arco ideal, comp.

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): Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.
14/03/2025 x Gabriel de Moraes
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
14/03/2025 x
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Aline Netto de Godoy
Cirurgiã Dentista
CRO - SP 116085