

Código Beneficiário: 00202511617680017630.1
Beneficiário: Antonio Ailton Vojosa de Barros
Titular: Antonio Ailton Vojosa de Barros
Dentista: Ducio Susin CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ()	Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()			
Linha Média:	Coincidente (x)	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 ()	Overbite:	Normal (x) Positivo () Negativo () Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()	Normal (x) Normal (x)	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)	Protruída ()	Retruída () Bem Posicionada (x)
Apinhamento:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas:	Sim () Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular:	Sim () Não ()
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 (x)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (x) Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Alinhon or dentes para aparelho 13

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva (x)	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhon e aparelho para aparelho 13</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	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 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Bonder</u>	Inferior (tipo):	<u>Bonder</u>		
Prognóstico	Favorável (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

Data da Consulta Inicial: 11/06/25 Assinatura Beneficiário: [Assinatura]

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

Data: 11/06/25 Assinatura Profissional e Carimbo: Dr. Ducio Susin
CRO-SC 17601