

Código Beneficiário: 002.025.78895500026201

Beneficiário: Edson de Oliveira

Titular: Edson de Oliveira

Dentista: Sarah C. Honorato

CRO/UF: 20827/SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita (X) Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	Não ()	Radicular: Sim (X) 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 (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Assomarem os dentes"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>straight-wire, alinhamento e nivelamento dos dentes, utiliza elásticos classe II para correção de mordida e de linha média superior.</u>			

Exodontias:	<u>Não</u>	Desgaste Inter proximal:	<u>Não</u>
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Inferior (tipo):	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo? <u>4 anos.</u>

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

20/08/25 x (Edson)
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

20/08/25
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Sarah C. Honorato
Cirurgiã Dentista
CRO-SC 20827