

Código Beneficiário: 0002.025.3211694.000001.01

Beneficiário: TIAGO GONCALVES DE SOUZA

Titular:

Dentista: JULIANA SALES COELHO

CRO/UF: 3474

|                                         |                              |                               |                                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                     | Decídua ( )                                                          |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II ( )                 | Classe III ( )                                                       |
| Relação Canina:                         | Direita I (X) II ( ) III ( ) | Esquerda I (X) II ( ) III ( ) |                                                                      |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior:              | Desvio Inferior:                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                   | Região Anterior ( ) Posterior ( )                                    |
| Overjet:                                | Normal (X)                   | Positivo ( )                  | Acentuado ( )                                                        |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                      | Baixa ( )                                                            |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                  | Bem Posicionada Mandíbula (X)                                        |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                      | Não ( )                       | Diastemas Sim (X) Não ( )                                            |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | Não (X)                       | 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 ( ) |

Queixa Principal do Paciente: dentes desalinhados

|                      |                                                                                                                         |                  |                           |               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|---------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva ( )                                                                                                          | Interceptiva ( ) | Ortopédica ( )            | Corretiva (X) |
| Aparatologia:        | Ortopédica Funcional ( )                                                                                                | Fixa (X)         | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( ) |
| Descrever Técnica:   | <u>Alinhamento e nivelamento. Fechamento dos diastemas com elásticos em cordão-linha. Leadenogás e intercuspidações</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 |
| Ancoragem Superior (tipo):                                | _____                                           | Inferior (tipo):         | _____                                           |
| Prognóstico                                               | Favorável (X)                                   | Desfavorável ( )         | Duvidoso ( )                                    |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>18 meses</u>                                 |                          |                                                 |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não ( )                                         | Sim (X)                  | Há quanto tempo? <u>12 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.

26/03/25 Tiago Gonçalves de Souza  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

26/03/25 Juliana Sales Coelho  
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Juliana Sales Coelho  
Cirurgiã Dentista  
RO 3477