

Código Beneficiário: 00202506192650000102

Beneficiário: Jonas Luis de Souza

Titular: Janessa Supiani

Dentista: Elizabeth Berkenbrack Niemeyer

CRO/UF: 19885

|                                         |                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                         | Mista ( )                                                     | Decídua ( )                                                                                                                                            |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                           | Classe II ( )                                                 | Classe III ( )                                                                                                                                         |
| Relação Canina:                         | Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )                                                                                           | Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) |                                                                                                                                                        |
| Linha Média:                            | Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                        | Desvio Superior:                                              | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                                            |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                             | Cruzada ( )                                                   | Região Anterior ( )<br>Posterior ( )                                                                                                                   |
| Overjet:                                | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                             | Positivo ( )<br>Negativo ( )                                  | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                                                                                              |
| Inclinação Dentária:                    | Superior<br>Inferior                                                                                                                                   | Alta <input checked="" type="checkbox"/><br>Alta ( )          | Baixa ( )<br>Baixa ( )                                                                                                                                 |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                                                                                                          | Retruída ( )                                                  | Bem Posicionada Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                          |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 | Diastemas                                                     | Sim <input checked="" type="checkbox"/> 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>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<br>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<br>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 ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                                            | Dor Muscular                                                  | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                                            |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/><br>Sim ( )                                                                                                     | Fonoaudiologia ( )                                            | Otorrinolaringologia ( )<br>Cirurgia Ortognática ( )                                                                                                   |
|                                         |                                                                                                                                                        | Implantes ( )                                                 | Pré Protéticas ( )                                                                                                                                     |

Queixa Principal do Paciente: alinhar dentes anteriores

|                      |                                                                          |                                          |                           |                                               |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva ( )                                                           | Interceptiva ( )                         | Ortopédica ( )            | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aparatologia:        | Ortopédica Funcional ( )                                                 | Fixa <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( )                                 |
| Descrever Técnica:   | <u>alinhar - fechar espaços - elastico pl fechar mordida aberta leve</u> |                                          |                           |                                               |

|                                                           |                                                                                                        |                          |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exodontias:                                               | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>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<br>48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Ancoragem Superior (tipo):                                | <u>distância</u>                                                                                       | Inferior (tipo):         | <u>distância</u>                                                                                       |
| Prognóstico                                               | Favorável <input checked="" type="checkbox"/>                                                          | Desfavorável ( )         | Duvidoso ( )                                                                                           |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>18</u>                                                                                              |                          |                                                                                                        |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                | 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.

20/01/25 Jonas Luis de Souza  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

20/01/25  
Data

Elizabeth Niemeyer  
Ortodontista  
CRO-SC 19885  
Assinatura Profissional e Carimbo