

Código Beneficiário: 002025116247400000101

Beneficiário: Renata Klayne da Silva Rocha
 Titular: Renata Klayne da Silva Rocha
 Dentista: Juliana Teles
 CRO/UF: 13158 BA

Dentição: Permanente (X) Mista () Decídua ()	
Classificação de Classe I () Classe II (X) Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Classe III () Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina: Direita I (X) II () III () Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média: Coincidente (X) Desvio Superior: Direita () Esquerda () Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()	
Relação Transversal: Normal () Cruzada (X) Região Anterior () Unilateral (X) Bilateral ()	
Overjet: Normal Positivo (X) Acentuado () Overbite: Normal (X) Posterior (X)	
Inclinação Superior: Alta () Baixa () Normal (X)	
Inclinação Inferior: Alta () Baixa () Normal (X)	
Maxila: Protruída (X) Retruída () Bem Posicionada Mandíbula Protruída () Retruída () Bem Posicionada (X)	
Apinhamento: Sim () Não (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas: Sim () Não (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção: Sim () Não (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () Não () 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Superior (em mm): 3 mm Inferior (em mm): 2 mm	
Modelos: Dor ou Ruído Direita () Esquerda () Dor Muscular Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento: Não (X) Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	
Complementar: Próteses ()	

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (X) Ortopédica () Ortopédica Extra Oral () Removível () Corretiva ()

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Removível ()

Descrição Técnica: para o tipo de tratamento a ser utilizado, envio de
para o tipo de tratamento a ser utilizado, envio de
para o tipo de tratamento a ser utilizado, envio de

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
 18 17 16 15 14 13 12 11 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 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):

Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado: Não (X) Sim ()

Previamente?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
 Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

Data da Consulta Inicial: 04/10/24 Assinatura Beneficiário: Renata Klayne da Silva Rocha
 Data: 04/10/24 Assinatura Dentista: Dr. Juliana Teles
 CRO/UF: 13158 BA