

Código Beneficiário: 002025116176800286801

Beneficiário: Nara Joane Cabral Rodrigues

Titular: Nara Joane Cabral Rodrigues

Dentista: Lucio Susin de Oliveira

CRO/UF: 17601

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não ☒	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: correção de mordida

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Roth

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
 Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):
 Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () 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: Assinatura Beneficiário: Nara Joane

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

Data: Assinatura Profissional e Carimbo

Talissa Lessa Braz
Cirurgiã-Dentista
CRO/SC.20691