

Código Beneficiário: 002.025.395.118.000001.01

Beneficiário: JANAÍNA RAMOS RODRIGUES PINTO

Titular:

Dentista: JOSÉ RENATO MARINI FIGUEIRA

CRO/UF: 49021 SP

|                                         |                              |                                                 |                                           |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                                       | Decídua ( )                               |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II (X)                                   | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita (X)     |
|                                         |                              |                                                 | Divisão 2ª (X) Subdivisão Esquerda (X)    |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II (X) III ( ) | Esquerda I ( ) II (X) III ( )                   |                                           |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior: (X)                            | Direita ( )                               |
|                                         |                              |                                                 | Esquerda (X)                              |
| Relação Transversal:                    | Normal ( )                   | Cruzada (X)                                     | Região                                    |
|                                         |                              |                                                 | Anterior ( ) Unilateral (X) Bilateral ( ) |
| Overjet:                                | Normal (X)                   | Positivo ( )                                    | Acentuado ( )                             |
|                                         |                              | Negativo ( )                                    | Moderado ( ) Overbite: Leve ( )           |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                                        | Baixa (X)                                 |
|                                         | Inferior                     | Alta ( )                                        | Baixa (X)                                 |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída (X)                                    | Bem Posicionada Mandíbula ( )             |
| Apinhamento:                            | Sim (X)                      | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Diastemas Sim ( )                         |
|                                         | Não ( )                      | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Não ( )                                   |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Radicular: Sim ( )                        |
|                                         | Não ( )                      | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Não ( )                                   |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm) 2 mm        | Inferior (em mm):                               |                                           |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Dor Muscular                                    | Direita ( )                               |
|                                         | Esquerda ( )                 |                                                 | Esquerda ( )                              |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não (X)                      | Fonoaudiologia ( )                              | Otorrinolaringologia ( )                  |
|                                         | Sim ( )                      | Cirurgia Ortognática ( )                        | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )          |

Queixa Principal do Paciente: APINHA MENTO SUPERIOR

|                      |                                                           |                  |                           |               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|---------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva ( )                                            | Interceptiva ( ) | Ortopédica ( )            | Corretiva (X) |
| Aparatologia:        | Ortopédica Funcional ( )                                  | Fixa (X)         | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( ) |
| Descrever Técnica:   | ALINHAR, NIVELAR, DESALZAR MORDIDA POSTERIOR TÉCNICA ROTH |                  |                           |               |

|                                                           |                                                 |                          |                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|
| 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 |
|                                                           | 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |                          | 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): | 24 meses                                        |                          |                                                 |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não (X)                                         | 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.

09/08/2021 JANAÍNA RODRIGUES

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

09/08/2021

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dr. José Renato Marini Figueira  
Cirurgião-Dentista  
CROSP 49021