

Código Beneficiário: 0020251063490004 0009
 Beneficiário: Thais Camille Rodrigues de Azevedo
 Titular: Lediana Rodrigues de Oliveira
 Dentista: Roberta Francine Mendes de Castro

CRO/UF: 3361 / RO

Dentição	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média	Coincidente ☒	Desvio Superior	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ☒
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ☒ Normal ()
Maxila	Protruída ()	Retruida ☒	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento	Sim ()	Não ☒	Diastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Ossea	Sim ()	Não ☒	Radicular Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos	Superior (em mm) 1	Inferior (em mm) 0	
Dor ou Ruído Articular	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Continuidade do tratamento

Plano de Tratamento	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica	Arco reto → alinhamento e nivelamento, conexão da extremidade fechamento do aparelho com elásticos cometa, elásticos intermaxilares de classe II e de finalização + continuação com aparelho nome superior e fino 3x3 inferior.			
Exodontias	19 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29	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)	24 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Ha quanto tempo?	Ha 2 anos, porém há 1 ano sem manutenção

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: 17/11/21
 Assinatura Beneficiário: Thais Camille Rodrigues de Azevedo

Data: 17/11/21
 Assinatura Profissional e Carimbo: Roberta F.M. Castro
 Ortodontista
 CRO - RO 1161