

Código Beneficiário: 00202555339500000101

Beneficiário: RITA DE CÁSSIA SANTOS PEREIRA

Titular: RITA DE CÁSSIA SANTOS PEREIRA

Dentista: TALITA ELIENICE SILVA MATOS

CRO/UF: 11663

|   |                              |                               |                                   |
|---|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                     | Decídua ( )                       |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II ( )                 | Classe III (X)                    |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II ( ) III (X) | Esquerda I ( ) II ( ) III (X) |                                   |
| Linha Média:                            | Coincidente (X)              | Desvio Superior:              | Desvio Inferior:                  |
| Relação Transversal:                    | Normal ( )                   | Cruzada (X)                   | Região Anterior (X) Posterior ( ) |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo ( )                  | Acentuado ( )                     |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                      | Baixa ( )                         |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                  | Bem Posicionada (X)               |
| Apinhamento:                            | Sim (X)                      | Não ( )                       | Diastemas                         |
| Reabsorção Ossea:                       | Sim (X)                      | Não ( )                       | Radicular:                        |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm) 1,0         | Inferior (em mm) 1,5          |                                   |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Esquerda ( )                  | Dor Muscular                      |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Sim (X)                      | Não ( )                       | Fonoaudiologia (X)                |

Queixa Principal do Paciente: OS ESPAÇOS ENTRE MEUS DENTES ME INCOMODA

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva (X)  
 Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa (X) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
 Descrever Técnica: Roth; Slot 0,22; STRAIGHT WIRE

Exodontias: NÃO  
 Ancoragem Superior (tipo): DENTÁRIA Inferior (tipo): JOENTÁRIA  
 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.

28/02/23 Rita de Cássia S. Pereira  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

14/03/23 Talita Elienice Silva Matos  
Data Assinatura Profissional e Carimbo  
Talita Matos  
Ortodontista  
CROBA 11663