

Código Beneficiário: 002.025.121168.200000102

Beneficiário: Maria de Lourdes Souza da Rocha

Titular:

Dentista: Wenya Kayse Duarte de Medeiros

CRO/UF: 5172 - RN

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita (X) Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	Classe III (X) Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda (X)
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	—	Inferior (em mm): —
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: "Quer melhorar a mordida e o sorriso"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Straight wire ; prescrição MBT</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 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	21 22 23 24 25 26 27 28 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):	<u>12 meses</u>				
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.

02/05/25
Data da Consulta Inicial

Maria Souza
Assinatura Beneficiário

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

02/05/25
Data

Wenya Kayse D. Medeiros
Assinatura Profissional e Carimbo
Cirurgia - Dentista
CRO/RN 5172