

Código Beneficiário: 002025 5388 51 00000 102

Beneficiário: Odiania ALVES DO NASCIMENTO SANTOS

Titular: JOSEFA AVELINA DO NASCIMENTO

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

Queixa Principal do Paciente: Não encosto os dentes de frente. Isso 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

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.

21/01/23 Odiania Alves do Nascimento
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

14/02/23 Talita Elienice Silva Matos
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Talita Matos
Ortodontista
CROBA 11663