

Código Beneficiário: 002025 5389 08 00000 101

Beneficiário: MILENA LIMA SENA

Titular: MILENA LIMA SENA

Dentista: TALITA ELIENICE SILVA MATOS

CRO/UF: 11663

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
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 ()
	Inferior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim () Não ☒	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	Diastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): 1,5 mm	Inferior (em mm): 2,0 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: "MEUS DENTES SÃO PARA FRENTE"

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

Exodontias: SIM 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): BARRA TRANS PALATINA Inferior (tipo): BARRA LINGUAL
Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.

14/01/23 Milena L. SENA
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

17/01/23 Talita Elienice SILVA MATOS
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Talita Matos
Ortodontista
CROBA 11663