

Código Beneficiário: 002.025.1211794.000001.05

Beneficiário: Fabiano da Silva Rocha Santos

Titular:

Dentista: Wenya Kayra Duarte de Medeiros

CRO/UF: 5172 - RN

Dentição:	Permanente ()	Mista ()	Decidua ()				
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior	Direita ()	Desvio Inferior	Direita ()	Esquerda (X)	
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)	
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	—	Inferior (em mm)	—			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Quer serrar os dentes"

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	21 22 23 24 25 26 27 28	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		48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico:			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 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 for necessário.

02/05/2025
Data da Consulta Inicial

Fabiano da Silva Rocha Santos
Beneficiário

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

02/05/25
Data

Wenya Kayra Duarte de Medeiros
Dra. Wenya Kayra D. Medeiros
Assinatura Profissional e Carimbo
Cirurgiã - Dentista
CRO/RN 5172