

Código Beneficiário: 002025117047500000101

Beneficiário: Thayná Moraes Pinheiro

Titular: Thayná Moraes Pinheiro

Dentista: Bruna Viana

CRO/UF: 46.599-RJ

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita (X)	Esquerda ()	
			Esquerda ()				
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
				Posterior ()			
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ()	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim (X)	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		
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Reabsorção Óssea:	Sim ()	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		
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):					
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)						
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X)	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: "Quero arrumar meus dentes, estão tortos"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:				

Exodontias: 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 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

Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	18 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.

17/10/24 Thayná Moraes Pinheiro
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

17/10/24 Bruna Viana
Data Assinatura Profissional e Carimbo