

Código Beneficiário:

002.025.535534.000001.02

Beneficiário:

Titular: *Thaiza Araújo Lima*

Dentista: *Ana Luísa de Faria Guerra*

CRO/UF: 121999 SP

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()
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 ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Unilateral ☒ Bilateral () Posterior ☒
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado ☒ Overbite: Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	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 ()	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

convir o quito que está "torto"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<i>técnica de plano occlusal</i>			

Exodontias: ☒ 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

Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso ☒
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<i>3.0 meses</i>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim ☒	Há quanto tempo? <i>2 anos</i>

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

27/12/2022 *Thaiza Araújo*
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

27/12/2022
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Ana Luísa de Faria Guerra
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 121.999