

Código Beneficiário: 002025116176800255701

Beneficiário: Evandro Pereira Dias

Titular: Evandro Pereira Dias

Dentista: Lucio Susin de Oliveira

CRO/UF: 17601

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
		Direita ()	Direita ()
		Esquerda ()	Esquerda ☒
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
			Anterior ()
			Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
			Mandíbula
			Protruída ()
			Retruída ()
			Bem Posicionada ()
Apinhamento:	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
Reabsorção Óssea:	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()	ou sentida	Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()
			Otorrinolaringologia ()
			Cirurgia Ortognática ()
			Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: dentes tortos

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

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):	Inferior (tipo):
Prognóstico	Favorável ☒
	Desfavorável ()
	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36
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.

24.02.25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

24.02.25
Data

Talissa Lessa Braz
Cirurgiã-Dentista
CRO/SC20691
Assinatura Profissional e Carimbo

Talissa Lessa Braz
Cirurgiã-Dentista
CRO/SC20691