

Código Beneficiário 007025116176800290703

Beneficiário: DIEGO VINDALETTI

Titular: DIEGO VINDALETTI

Dentista: Luero Susim 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:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não ☒	
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	Não ()	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: fechar espaços

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

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): Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
 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.
 Data da Consulta Inicial: _____ Assinatura Beneficiário: _____

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e responsabilizo integralmente por elas.
 Talissa Lessa Brax
 Cirurgião-Dentista
 CRO/5620591
 Data: _____ Assinatura Profissional e Carimbo: _____