

Código Beneficiário: 002025110846900081001

Beneficiário: Isai Israel Herrera Perales

Titular: Isai Israel Herrera Perales

Dentista: Isabelo Seneme

CRO/UF: 28456-PR

Dentição:	Permanente (☒)	Mista ()	Decídua ()
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 (☒)	Classe III (☒) Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda (☒)
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita (☒) Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda (☒)
Relação Transversal	Normal (☒)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve (☒)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída (☒)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
			Protruída (☒) Retruida () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (☒)	Não ()	Diastemas Sim () Não (☒)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (☒)	Radicular: Sim () Não (☒)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () 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: Prescrição Roth em mecânica straight wire

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): Dentária Inferior (tipo): Dentária
Prognóstico: Favorável (☒) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.

24/02/26 Isai
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

24/02/26 Isabelo Seneme
Data Assinatura Profissional e Carimbo