

Código Beneficiário: 007025116176800290703

Beneficiário: DIEGO VIDALETI

Titular: DIEGO VIDALETI

Dentista: IVERO SUSIM OLIVEIRA

CRO/UF: 17601

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			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 ()
			Esquerda ()		Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ☒	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuação ()
					Moderado ()
					Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒	
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída ()
			Mandíbula		Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()	<u>Ausente</u>	Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
			Implantes ()	Pré Protéticas ()	

Queixa Principal do Paciente: fechar espaços

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>ROTH</u>			

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):			
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.

15/01/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

24/02/2025
Data

Talissa Lessa Brax
Cirurgião-Dentista
CRO/SC 20691

Assinatura Profissional e Carimbo