

Código Beneficiário: 002025 0788 9550 0057 401

Beneficiário: Amanda Kelly Ramos Ferraz

Titular: Amanda Kelly Ramos Ferraz

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-5

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 ()	
Linha Média:	Coincidente (+)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (+)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (+)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (+) Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída (+)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim () Não (+)	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	Diastemas Sim (+) Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (+)	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	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: Diastema entre o 11 e o 21

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (+)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (+) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Alinhar, nivelar, corrigir curva de Spee e fechar os diastemas com elastico corrente

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.

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

04/11/24
Data da Consulta Inicial

Amanda Kelly Ramos Ferraz
Assinatura Beneficiário

04/11/24
Data

Guilherme Aguiar Assmann
Assinatura Profissional e Carimbo