

Código Beneficiário: 002025 1152 9590 0085 101

Beneficiário: Patrick Fernandes Berti

Titular: Patrick Fernandes Berti

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª (x) Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (x) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo (x)	Acentuado () Moderado (x) Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa (x) Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)
Apinhamento:	Sim (x)	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	Diastemas Sim (x)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não (x) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () Não (x)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (x)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar, nivelar, planificar curva de Spee e utilizar elástico de classe 2 para deixar os molares em classe 2 e os caninos em classe 1.			

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):	Prognóstico Favorável (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (x)	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.

15/11/24
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

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

15/11/24
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional e Carimbo