

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0118 501

Beneficiário: Luiz Otávio Fagundes Mata

Titular: Luana Rafaela Fagundes Correia

Dentista: Guilherme Aquino Assmann

CRO/UF: 22326-SC

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita (x) Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (x) Negativo ()	Acentuado () Moderado (x) Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (x)	Baixa () Normal ()
	Inferior	Alta ()	Baixa () Normal (x)
Maxila:	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada
Mandíbula:	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não (x)	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 (x) Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (x)	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 (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:	Recalagem de algumas peças, alinhar nível, fechar diastema com elástico corrente, lingualizar incisivos superiores, retenção e contenção. Os ganchos serão extraídos futuramente.			
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 (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Prognóstico				
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (x)	Há quanto tempo?	12 meses

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

04/11/25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

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

04/11/25
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional e Carimbo
Dr. GUILHERME A. ASSMANN
Cirurgião-Dentista
CRO-SC 022326