

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 0675 9170 0040 302

Beneficiário: Debora Suelen Tabosa De Andrade

Titular: Dulcicleide Da Nascimento Tabosa De Andrade

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

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: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva (☐)	Interceptiva (☐)	Ortopédica (☐)	Corretiva (☒)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional (☐)	Fixa (☒)	Ortopédica Extra Oral (☐)	Removível (☐)
Descrever Técnica:	Alinhar, nivelar, contenção e remoção. Os sisos serão extraídos.			

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			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	12 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (☐)	Sim (☒)	Há quanto tempo? 24 meses

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

22/12/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

22/12/25
Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dr. GUILHERME A. ASSMANN

Cirurgião-Dentista

CRO-SC 022326