

Código Beneficiário: 0020251157900026002

Beneficiário: Bruna Demarchi Da Silva

Titular: Luiz Fernando Da Silva

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

|                                         |                                                                  |                                                                   |                                                                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente ( <input checked="" type="checkbox"/> )               | Mista ( )                                                         | Decidua ( )                                                                     |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( <input checked="" type="checkbox"/> )                 | Classe II ( )                                                     | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( ) |
| Relação Canina:                         | Direita I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( ) III ( ) | Esquerda I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( ) III ( ) |                                                                                 |
| Linha Média:                            | Coincidente ( <input checked="" type="checkbox"/> )              | Desvio Superior:                                                  | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )                   | Cruzada ( )                                                       | Região Anterior ( )<br>Posterior ( )                                            |
| Overjet:                                | Normal                                                           | Positivo ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Negativo ( )  | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( <input checked="" type="checkbox"/> )   |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                         | Alta ( )<br>Inferior                                              | Baixa ( )<br>Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )                     |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                    | Retruída ( )                                                      | Bem Posicionada Mandíbula ( <input checked="" type="checkbox"/> )               |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                                                          | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                 | Diastemas Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )                           |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                                                          | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                 | Radicular: Sim ( )                                                              |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                                 | Inferior (em mm):                                                 |                                                                                 |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                      | Dor Muscular                                                      | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Sim ( )                                                          | Fonoaudiologia ( )                                                | Otorrinolaringologia ( )                                                        |
|                                         |                                                                  | Cirurgia Ortognática ( )                                          | Implantes ( )                                                                   |
|                                         |                                                                  |                                                                   | Pré Protéticas ( )                                                              |

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos (diastema)

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ( ☒ )  
Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ( ☒ ) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
Descrever Técnica: Alinhar, Nivelar e fechar diastema com elástico 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

Ancoragem Superior (tipo): Favorável ( ☒ ) Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 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.

01/11/24

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

01/11/24

Data

Assinatura Profissional e Carimbo