

Código Beneficiário: 002025117512200000101

Beneficiário: Denise Gonçalves Da Silva Lobo

Titular: Denise Gonçalves Da Silva Lobo

Dentista: Guilherme Ayuiqk 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 () II (x) III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (x)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (x) Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim () Não (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim (x) 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim (x) Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	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 () Sim (x)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
		Implantes (x)	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Diastemas

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

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

Descrever Técnica: Colagem superior limitada do 15 ao 25. Alinhar, nivelar, correção da curva de Spee e fechar diastemas com elastica 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 (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico

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.

01/11/24

Data da Consulta Inicial

Denise

Assinatura Beneficiário

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

01/11/24

Data

Guilherme A. Assmann

Assinatura Profissional e Carimbo