

Código Beneficiário: 002025788955 00004601

Beneficiário: Elaine Cristina Silva

Titular: Elaine Cristina Silva

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-S

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III (X)
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	

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, corrigir curva de Spee e usar elástico de class 3

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 ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) Há quanto tempo? 01 mês

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