

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0181 203

Beneficiário: Helena Rech

Titular: Jaison Rech

Dentista: Guilherme Aquino Assmann

CRO/UF: 22326-SC

|                                         |                              |                                                                              |                                                                                 |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (x)               | Mista ( )                                                                    | Decídua ( )                                                                     |                                                                                                                        |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II (x)                                                                | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita (x)<br>Divisão 2ª (x) Subdivisão Esquerda ( ) | Classe III ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Subdivisão Esquerda ( )                                                       |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II (x) III ( ) | Esquerda I (x) II ( ) III ( )                                                |                                                                                 |                                                                                                                        |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior:                                                             | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     | Desvio Inferior: Direita (x)<br>Esquerda ( )                                                                           |
| Relação Transversal:                    | Normal (x)                   | Cruzada ( )                                                                  | Região                                                                          | Anterior ( )<br>Posterior ( )                                                                                          |
| Overjet:                                | Normal (x)                   | Positivo ( )<br>Negativo ( )                                                 | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                       | Overbite: Normal ( )<br>Positivo (x)<br>Negativo ( )<br>Acentuado (x)<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                      |
| Inclinação Dentária:                    | Superior<br>Inferior         | Alta ( )<br>Alta ( )                                                         | Baixa (x)<br>Baixa ( )                                                          | Normal ( )<br>Normal (x)                                                                                               |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                                                                 | Bem Posicionada Mandíbula (x)                                                   | Protruída ( ) Retruída ( )<br>Bem Posicionada (x)                                                                      |
| Apinhamento:                            | Sim (x)                      | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                            | Diastemas                                                                       | Sim (x) 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                            | Radicular:                                                                      | Sim ( ) 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não (x) 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |
| 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: | 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:   | Alinhar, nivelar, corrigir classe II com elástico intermaxilar, venção e contenção. |                  |                           |               |

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 (x) | Desfavorável ( ) | Duvidoso ( )     |
| Prognóstico                                               |               |                  |                  |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | 36 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 for necessário.

24/10/25  
Data da Consulta Inicial

*Helena Rech*  
Assinatura Beneficiário

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

24/10/25  
Data

*Guilherme A. Assmann*  
Assinatura Profissional e Carimbo

Dr. GUILHERME A. ASSMANN  
Cirurgião-Dentista  
CRO-SC 022326