

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0121 301

Beneficiário: Daniel Bernardino De Souza

Titular: Daniel Bernardino De Souza

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-X

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	
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 classe 2.			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
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 julgar necessário.

01/11/24
Data da Consulta Inicial

Daniel B
Assinatura Beneficiário

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

01/11/24
Data

Guilherme Aguiar Assmann
Assinatura Profissional e Carimbo