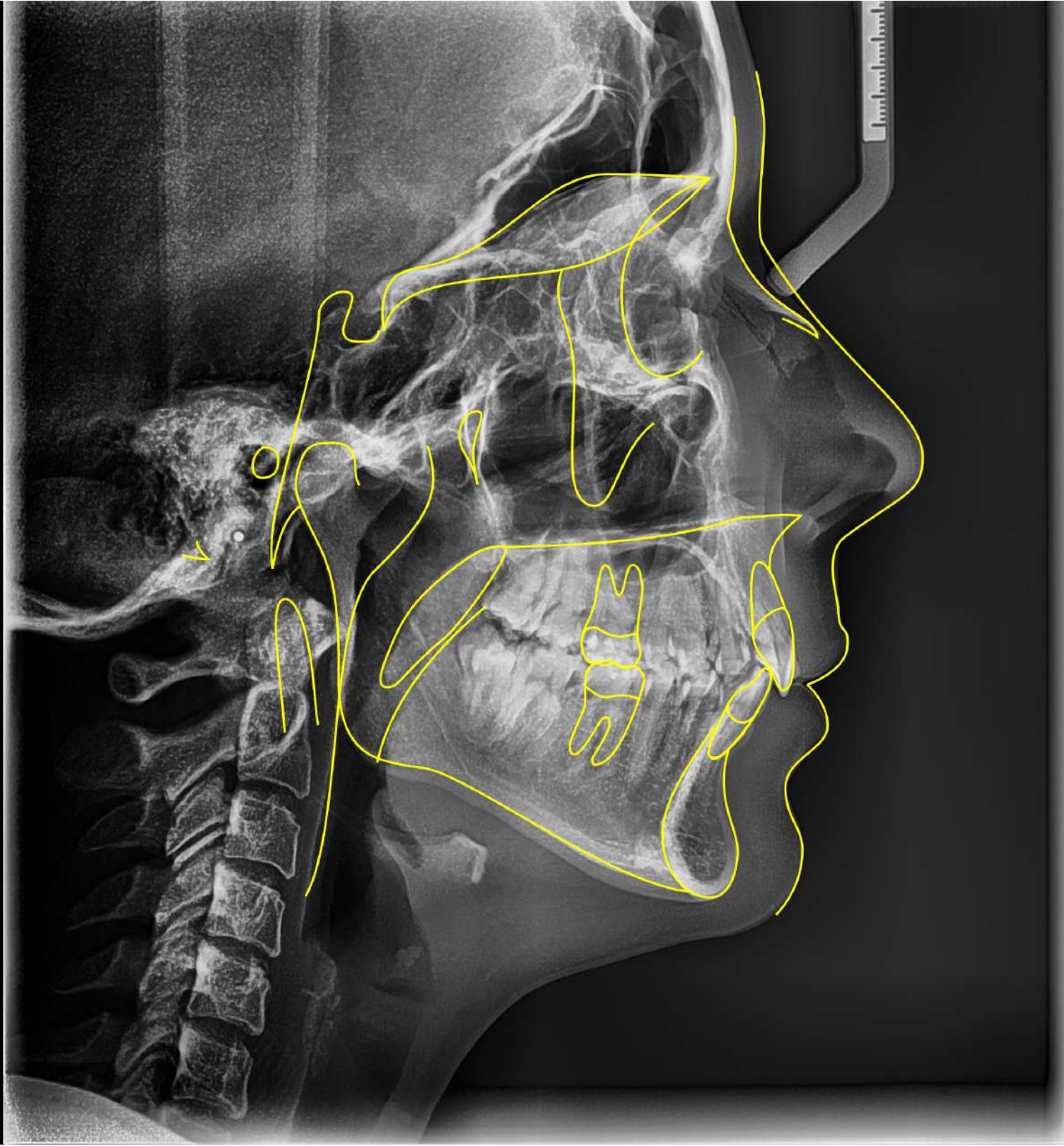
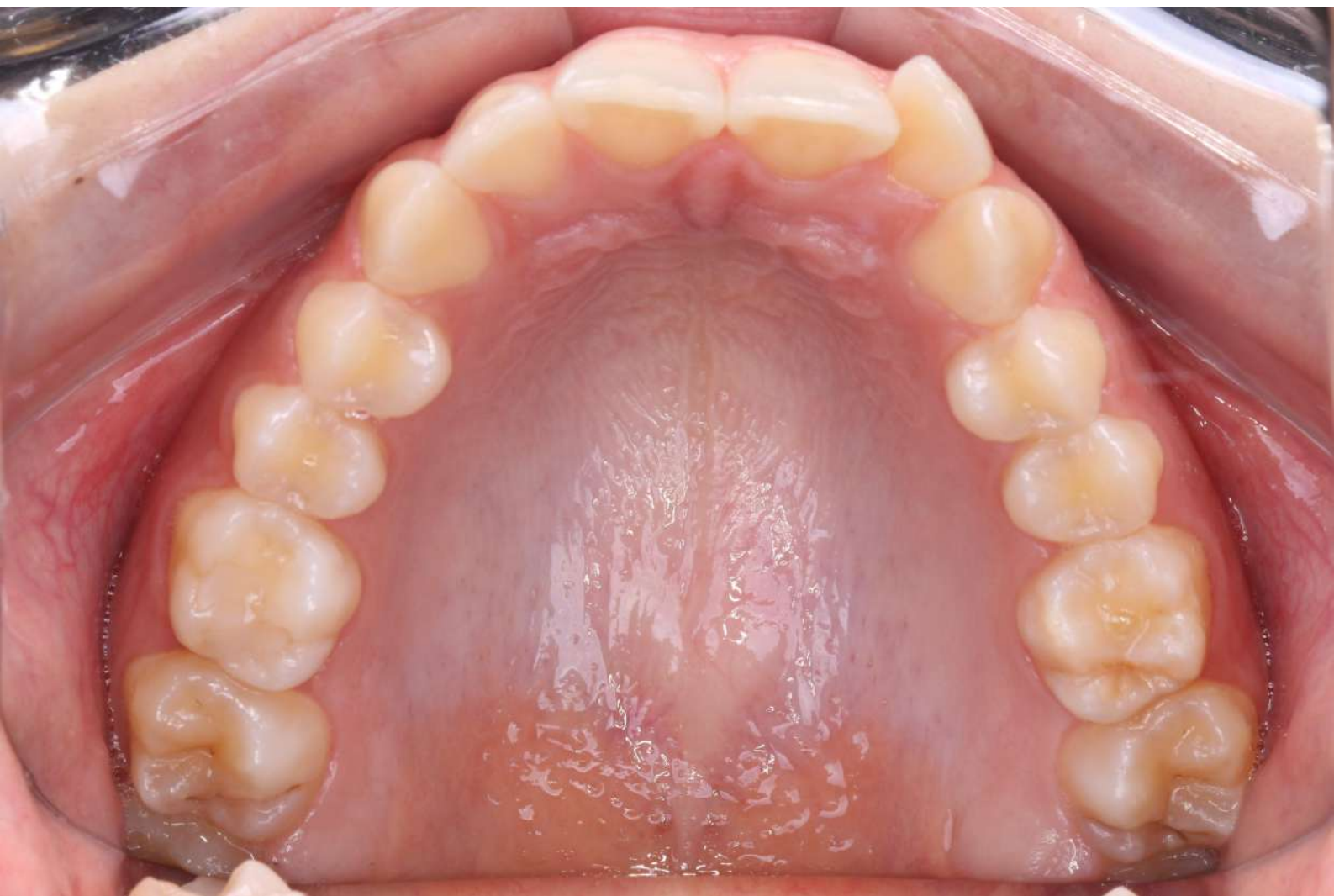


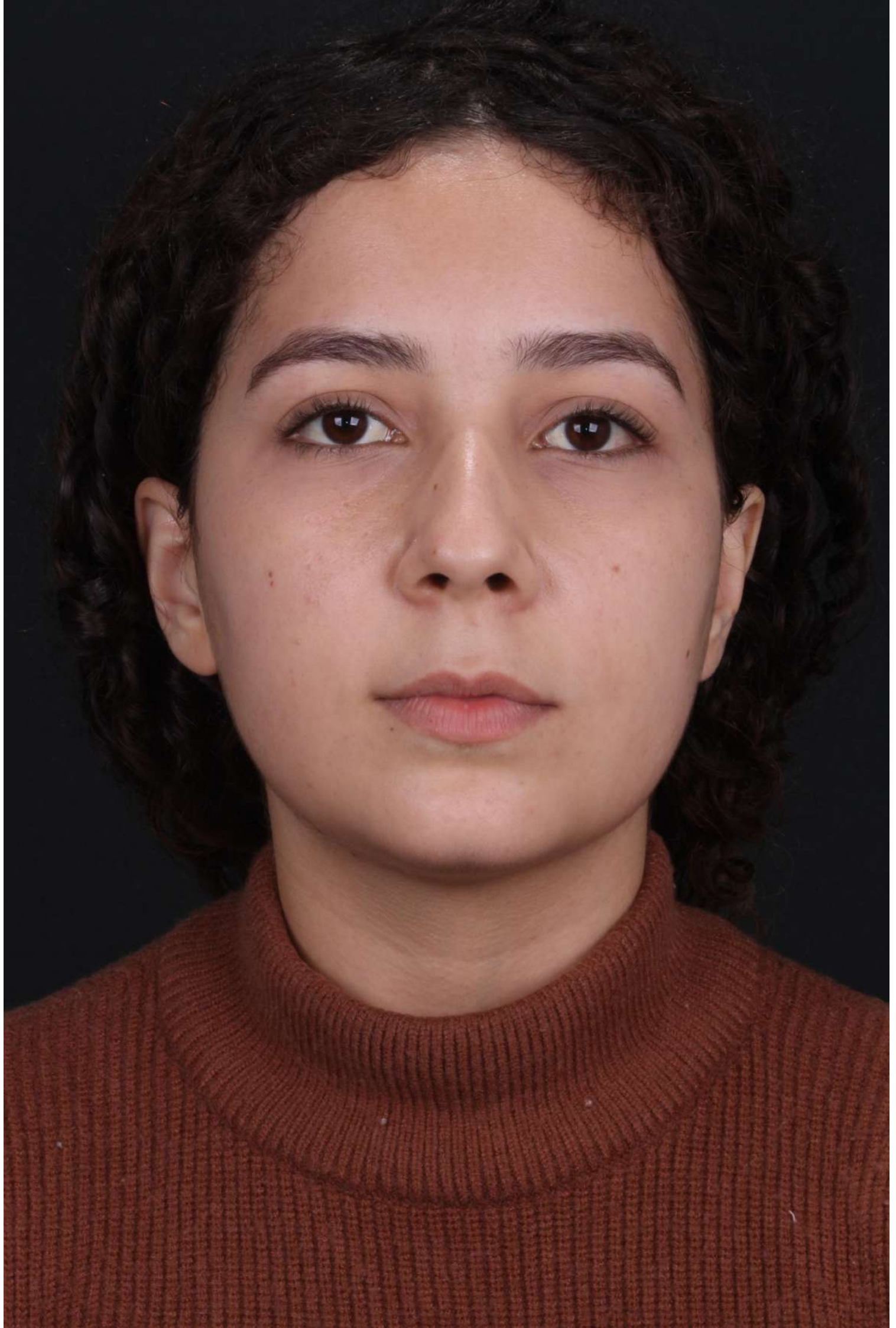




















Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 0784 5330 0006 801

Beneficiário: Camilly Gonçalves Mendonça

Titular: Amanda Gonçalves Da Silva

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II (x) III ()	Esquerda I () II (x) III ()	
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo (x)	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)
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 ()	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, abrir espaço com anéis abertos, corrigir classe II com elástico intermaxilar, retenção 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	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):	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.

19/09/25
Data da Consulta Inicial

Camilly Mendonça
Assinatura Beneficiário

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

19/09/25
Data

Guilherme A. Assmann
Assinatura Profissional e Carimbo
DR. GUILHERME A. ASSMANN
Cirurgião-Dentista
CRO-SC 022326