

Código Beneficiário: 002025 5331 1900 1526 04

Beneficiário: Edson Luiz Machado Da Rosa

Titular: Gustavo Rosa

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22926-SC

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()	
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Divisão 1ª (x) Subdivisão Direita ()	
			Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()		
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita ()	
			Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região	
			Anterior ()	
Overjet:	Normal	Positivo (x)	Acentuado (x)	
		Negativo ()	Moderado ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (x)	Baixa ()	
	Inferior	Alta (x)	Baixa ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)	
			Protruída ()	
Apinhamento:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ()	
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não (x)	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()	
	Não (x)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não (x)	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):		
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (x)			
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos e para frente.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Alinhar, nivelar, planificar curva de Spee, elástico intermaxilar para correção de classe II, remoção e contenção.

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
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Favorável (x)
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses.
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (x) Há quanto tempo? 6 meses.

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
 03/07/25 Data da Consulta Inicial
 Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
 03/07/25 Data
 Assinatura Profissional e Carimbo

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