

Código Beneficiário: 002025 1152 9590 0046 301

Beneficiário: Brenda Raiane Pinheiro Dias

Titular: Brenda Raiane Pinheiro Dias

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-5C

Dentição:	Permanente (☒)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (☒)	Classe II (☒)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª (☒) Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (☒) III ()	Esquerda I () II (☒) III ()	
Linha Média:	Coincidente (☒)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (☒)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (☒)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (☒)
Apinhamento:	Sim (☒) Não ()	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	Diastemas Sim () Não (☒)
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (☒)	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	Radicular: Sim () Não (☒)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (☒) Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (☒)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (☒)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar, nivelar, planificar curva de Spee, utilizar plástico intermaxilar para classe II, remoção do aparelho 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 (☒)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (☒)	Sim ()	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.

29/01/25

Data da Consulta Inicial

Brenda Raiane Pinheiro Dias

Assinatura Beneficiário

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

29/01/25

Data

Guilherme Aguiar Assmann

Assinatura Profissional e Carimbo