

Código Beneficiário: 0020251157965 00004604

Beneficiário: Ana Maria Rabello

Titular: Antonio Carlos Rabello Junior

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-X

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (X) Alta (X)	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: falta de alinhamento

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 e usar elástico de classe 2

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) Há quanto tempo? 1 mes

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

30/10/24 Antonio Jr Assinatura Beneficiário

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

30/10/24 Guilherme A. Assmann Assinatura Profissional e Carimbo