

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0008 301

Beneficiário: Romulo Dos Santos De Jesus Polzin

Titular: Romulo Dos Santos De Jesus Polzin

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

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

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 e utilizar elástico para corrigir classe 3.			

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 (☒)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico	Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (☒)	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.

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

12/12/24
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

12/12/24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo