

Código Beneficiário: 002025 0788 955 00062102

Beneficiário: Antermy Javier Palacios Rodriguez

Titular: Hector Fabio Palacios Sanchez

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior (X)
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (X) Alta (X)	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim (X) 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 (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes desalinhados

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Alinhamento, nivelamento, planificação da curva de Spee

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 ()
Prognóstico

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) Há quanto tempo? 3 meses

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
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

30/10/24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo