

Código Beneficiário: 002025423199300000102
Beneficiário: KETHALLY YOHANNA ALVES MELO
Titular: _____
Dentista: DANIEL RODRIGUES BEZERRA CRO/UF: _____

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

Queixa Principal do Paciente: ESPAÇO NOS DENTES 36 e 46 PERDIDOS

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: AVINHAR E NIVELAR DENTES SUPERIORES, VERTICULARIZAR MOLARES INFERIORES COM AUXÍLIO DE MINI-IMPLANTES EXTRA-ALVEOLARES, REVERTER ESPAÇO DO 36 E 46 P/IMPLANTE FUTURO E CORREÇÃO DE CLASSE II ESQUERDA E LINHA MÉDIA COM EXISTENTES INTERMEDIÁRIOS

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 () Inferior (tipo): MINI-IMPLANTES

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) 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.
Assinatura Beneficiário: Kethally Yohanna Alves de Melo Costa
Data da Consulta Inicial: 02/02/2026

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Assinatura Dentista: Daniel Rodrigues Bezerra
Data: 05/02/26
Cirurgião-Dentista
CRO-PI 2130