

Código Beneficiário: 00202537743000000101

Beneficiário: MAYARA ARIANA GARTNER

Titular: " " "

Dentista: ANDERSON COUTINHO LEÃO

CRO/UF: 14941

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

Queixa Principal do Paciente: DENTES TURTOS

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	S e Z MT: 0,14; 0,16; 0,18. ACO: 0,16; 0,18; 0,20. ELÁSTICO DE CL II LADO @ PI PEQUENO ATIVAR; 17x25 ACO; CONTENÇÃO FIXA INF E SUP. NIVEL			
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
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Inferior (tipo):	Duvidoso ()
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.

02/07/21 *M. Ariana Gartner*
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

02/07/21 *[Assinatura]*
Data Assinatura Profissional e Carimbo