

Código Beneficiário: 002025053311900770501
Beneficiário: Jonathan Carvalho Vicente de Melo
Titular: Jonathan Carvalho Vicente de Melo
Dentista: Elisandra Meireles CRO/UF SC 24495

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()
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 () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	Diastemas
Reabsorção Ossea:	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 () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: alinhamento e fechamento de espaços

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>colagem de aparelho sup e inf, colagem de tubos, elásticos de preso, ajuste de arcos médios com elásticos intra-arcos, fechamento de espaços, ajuste de oclusão, intrusividade com elásticos intra-arcos.</u>			
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 ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Prognóstico				
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>			
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.

28.07.25 Jonathan
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

28.07.25 Dra. Elisandra Meireles
Data Assinatura Profissional
Cirurgiã dentista
CRO-SC 24495