

Código Beneficiário: 002 029 12 12 00000000103

Beneficiário: Gabriel Damiana Mesabie

Titular: Rafael de Almeida Mesabie

Dentista: Victor Cavalcanti Coelho

CRO/UF: 9981/PE

Dentição:	Permanente ()	Mista (x)	Decidua ()
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 (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal (x)	Positivo ()	Acentuado () Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal (x)
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandibula (x)
Apinhamento:	Sim (x)	Não ()	Diastemas Sim (x) Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (x)	Radicular: Sim () Não (x)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) 0	Inferior (em mm) 3 mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular: Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (x)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Ausência de erupção do 12 e 22

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

Descrever Técnica: Alinhamento e nivelamento da arcada inferior + abertura de espaço para 12 e 22 e possível funcionamento.

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 ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 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.

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

21/10/25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

23/10/25
Data

[Assinatura] Dr. Victor Cavalcanti
Cirurgião - Dentista
CRO-PE 9981