

Código Beneficiário: 002025.20538600012204

Beneficiário: João Gabriel de Medeiros Fernandes

Titular: Estelismar Nascimento de Medeiros

Dentista: Mainly Pacheco Duarte

CRO/UF:

Dentição:	Permanente ()	Mista (x)	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (x)	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não (x)	
Reabsorção Ossea:	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: dentes tortos e os espaços

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Técnica straight wire, uso de elásticos, molas, miniplantes (se necessário), levante de mordida

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

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()

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

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.

17.01.23 Data da Consulta Inicial

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

23.03.23 Data

Dra. Mainly Pacheco Duarte
CPF 052495499-05
Cirurgiã Dentista
CRD/SC 17.183