

**GERO - GUIA DE ESCLARECIMENTO  
DE RESULTADOS ORTODÔNTICOS**

Nome do Ortodontista: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nome do Associado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Uso de contenção por mais \_\_\_\_\_ meses

Quadro Final: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Limitações: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Hábitos Nocivos Atuais: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Necessidade ou Indicação de Tratamento Atual: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Estou ciente do aqui descrito e declaro estar também ciente do acompanhamento periódico para manter o resultado alcançado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do dentista