

Código Beneficiário: 002025121196800000101

Beneficiário: **José Fernando da Silva Santos**

Titular: **José Fernando da Silva Santos**

Dentista: **JOSE PAULO BARBOSA FILHO**

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita ☒	II () III ()	Esquerda ☒	II () III ()			
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ☒	Acentuado ☒	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):					
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: **DESALINHAMENTO DOS DENTES E MORDIDA PROFUNDA**

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	JA' ESTÁ COM APARELHO CONVENENCIONAL RETHT MAX.			

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	21 22 23 24 25 26 27 28
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):				
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	12				
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.

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

10/04/25
Data da Consulta Inicial

José Fernando da Silva Santos
Assinatura Beneficiário

10/04/2025
Data

Dr. José Paulo Barbosa Filho
Cirurgião-Dentista
CRO-PE: 10396

Assinatura Profissional e Carimbo