

Código Beneficiário: 002.025.1211609.000001.05

Beneficiário: Suelen Batista Freire de Queiroz

Titular: **ONESIMO SOUTO DE QUEIROZ**

Dentista: **JOSE PAULO BARBOSA FILHO**

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Divisão 1ª (x)	Subdivisão Direita (x)	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()		
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo (x)	Acentuado (x)	Overbite:	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()			Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()				Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (x)	Norma ()			
	Inferior	Alta ()	Baixa (x)	Norma ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada ()	Mandíbula	Protruída ()	Retruída (x)	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 (x)	43 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (x)	43 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Ossea:	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 (x)	43 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (x)	43 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 ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: gostaria de ter um sorriso funcional e alinhado

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica, aparelho utilizado, prescrição rot.				

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
	43 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		43 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo)	Inferior (tipo)	
Prognóstico	Favorável ()	Desfavorável ()
		Duvidoso (x)

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 15 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (x)	Má 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.

28/03/25, Suelen Batista Freire de Queiroz
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

28/03/2025
Data

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