

Código Beneficiário: 002025121160100000103

Beneficiário: Raul de Oliveira Passos

Titular: ANADISOU DOS SANTOS PASSOS

Dentista: JOSE PAULO BARBOSA FILHO

CRO/UF: 10396- PE

Dentição: Permanente () Mista ☒ Decidua ()

Classificação de Angle: Classe I () Classe II ☒ Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()
Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda () Classe III () Subdivisão Esquerda ()

Relação Canina: Direita I ☒ II () III () Esquerda I ☒ II () III ()

Linha Média: Coincidente ☒ Desvio Superior: Direita () Esquerda ()
Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()

Relação Transversal: Normal ☒ Cruzada () Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Posterior ()

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 () Esquerda ()

Necessidade de Tratamento Complementar: Não ()
Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: **Alinhar os dentes**

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: **Paciente já usa aparelho autoligado Roth**

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): Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): **10**

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

28/03/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

28/03/25
Data

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