

Código Beneficiário: 002025121190300000101

Beneficiário: HENILSON ERTAL DE ALBUQUERQUE

Titular: HENILSON ERTAL DE ALBUQUERQUE

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) Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda (x)
			Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (x) III ()	Esquerda I () II (x) III ()	
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
			Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (x) Negativo ()	Acentuado () Moderado (x) Leve ()
			Overbite: Normal (x) Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior: Alta () Inferior: Alta ()	Baixa (x) Baixa ()	Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída (x)	Retruída ()	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 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	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
Reabsorção Óssea:	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	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()

Queixa Principal do Paciente: mordida errada

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: já esta usando aparelho autoligado , prescrição 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 (x) Desfavorável () Duvidoso () Inferior (tipo):

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (x) Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto 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.

21/03/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

21/03/25
Data

Assinatura Profissional
CRO-PE: 10396