

Código Beneficiário: 002025121161300000102

Beneficiário: Joêla Mendes Amaral da Silva

Titular: **Júlio Cesar da Silva Mendes**

Dentista: **JOSE PAULO BARBOSA FILHO**

CRO/UF: 10396-PE

Dentição	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1* ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2* ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()				
Linha Média	Coincidente ()	Desvio Superior	Direita ()	Desvio Inferior	Direita ()	
			Esquerda (x)		Esquerda ()	
Relação Transversal	Normal (x)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet	Normal (x)	Positivo (x)	Acentuado ()	Normal (x)	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite	Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()		Leve ()	
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (x)		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (x)		
Maxila	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ()	Retruída ()
			(x)			Bem Posicionada (x)
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)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não (x)	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 (x)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não (x)	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 (x)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (x)
						Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: **CONQUISTAR O ESPAÇO PARA O IMPLANTE**

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortodôntica () Corretiva (x)

Aparatologia: Ortodôntica Funcional () Fixa (x) Ortodôntica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: **TRATAMENTO COM APARELHO AUTOLIGADO SLI EM CURSOR CORRIGINDO LM SUPERIOR E AJUSTANDO ESPAÇOS PARA IMPLANTE.**

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): Inferior (tipo):

Prognóstico: Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): **6 meses**

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (x) Há quanto tempo? **4 ANOS**

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

06/05/25
Data da Consulta Inicial

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

06/05/2025

Dr. José Paulo Barbosa Filho
Cirurgião-Dentista