

Código Beneficiário: 002.025.1211607.000001.02

Beneficiário: Nicolas Silva Carvalho

Titular: JURANDIR CARVALHO DOS SANTOS

Dentista: JOSE PAULO BARBOSA FILHO

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Divisão 1ª (x) Subdivisão Direita (xx) Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda (x)
Relação Canina:	Direita I () II (x) III ()	Esquerda I () II (x) III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (x) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve (x)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (x) Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (x)
Apinhamento:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	

Queixa Principal do Paciente: dentes desalinhados e mordida

Alinhamento dos dentes

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	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
-------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------

Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
----------------------------	-----------------	------------------	--------------

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	12
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()

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

21/03/25
Data da Consulta Inicial

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

21/03/25
Data

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

Assinatura: Carimbo