

Código Beneficiário: 002025121160200000101

Beneficiário: Nelson Micael Martins dos Santos

Titular: Nelson Micael Martins dos Santos

Dentista: JOSE PAULO BARBOSA FILHO

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ^x	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal (x)
	Inferior	Alta ()	Baixa (x) Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (x) Mandíbula Protruída () Retruída () Bem Posicionada (x)
Apinhamento:	Sim (x) 18 17 16 15 14 13 12 11 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não (x) 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não (x) 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 Não (x) 48 47 46 45 44 43 42 41
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Queixa Principal do Paciente: destes desalinhados e fechar espaço posterior	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
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 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 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) 24 meses					
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (x)	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.

 24/03/25 e Nelson m m Santos
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

 24/03/2025
 Data Assinatura Profissional e Carimbo

 Dr. Jose Paulo Barbosa Filho
 24/03/2025
 CRO-PE: 10396