

Código Beneficiário: 002.025.1211641.000001.02

Beneficiário: KAYWSON ALMEIDA TENORIO REIS

Titular: EDUARDO DOS REIS GONCALVES

Dentista: JOSE PAULO BARBOSA FILHO

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II (x)	Divisão 1ª (x) Subdivisão Direita () 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 () Posterior ()
			Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo (x) Negativo ()	Acentuado () Moderado (x) Leve ()
			Overbite: x Negativo () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa (x) Baixa (x) Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (x)
			Mandíbula Protruída () Retruída () Bem Posicionada (x)
Apinhamento:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas: Sim (x) 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
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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	

Queixa Principal do Paciente: corrigir mordida e alinhar os dentes

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

Descrever Técnica: paciente já com aparelho autoligado, com 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
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		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):	24		
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.

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 do Profissional e Carimbo