

Código Beneficiário: 002025044594500086502

Beneficiário: ELISA CANONICO COLUCCI

Titular: DANIELLE LIRA CANONICO COLUCCI

Dentista: DRA. PRISCILA FERRAZ FUZIMOTO

CRO/UF: 23612 PR

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Decídua <input type="checkbox"/>		
Classificação de Angle:	Classe I <input type="checkbox"/>	Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Divisão 2ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>	Classe III <input type="checkbox"/>	Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>
Relação Canina:	Direita I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	Esquerda I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>			
Linha Média:	Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>	Desvio Superior: <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior: <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada <input type="checkbox"/>	Região	Anterior <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/>
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>	Overbite: <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>
Inclinação Dentária:	Superior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/>	
Maxila:	Protruída <input type="checkbox"/> Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/>	Mandíbula	Protruída <input type="checkbox"/> Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/>
Apinhamento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	+ 5 mm	Inferior (em mm):	+ 5 mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Cirurgia Ortognática <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/> Pré Protéticas <input type="checkbox"/>		

Queixa Principal do Paciente:

Apinhamento

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>
Descrever Técnica:	Exodontia 16, 24, 33 e 45 + alinhar e nivelar com aparelho fixo protético com auxílio de auxílio antemaxilar.			
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):	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorável <input type="checkbox"/>	Duvidoso <input type="checkbox"/>
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	94		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	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.

/ / Data da Consulta Inicial

  
Assinatura Beneficiário

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

/ / Data

  
Assinatura Profissional e Carimbo