

Código Beneficiário: 002025122407100000102Beneficiário: Amouri Lopes do Silve

Titular:

Dentista: Mohamad L. ChahineCRO/UF: 139970/SP

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

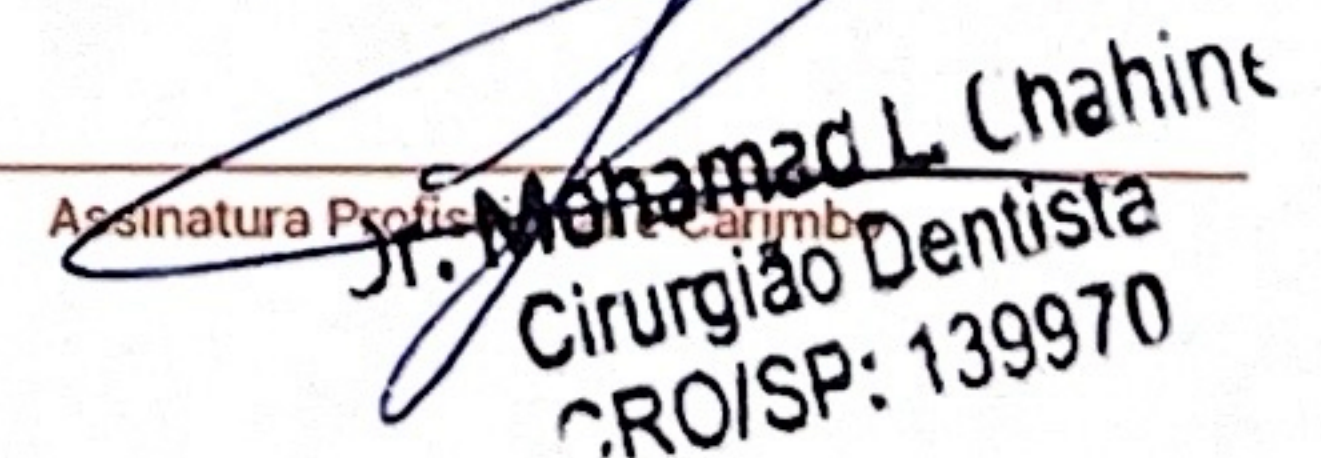
Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ( )	Interceptiva ( )	Ortopédica ( )	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>	
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ( )	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral ( )	Removível ( )	
Descrever Técnica:	<u>Intelições do ap. fixo metálico, alinhamento e nivelamento progressivo, retrocessões dos entenhores com elásticos em cordão, corações de mordida cruzada com elásticos cruzados.</u>				
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):	Favorável <input checked="" type="checkbox"/>		Inferior (tipo):		
Prognóstico	Desfavorável ( )		Duvidoso ( )		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>30 meses</u>				
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim ( )		
	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.

30 / 06 / 25  
Data da Consulta InicialAmouri Lopes  
Assinatura Beneficiário

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

30 / 06 / 25  
Data

 Assinatura Prof. J. Mohamad L. Chahine  
 Cirurgião Dentista  
 CRO/SP: 139970