

Código Beneficiário: **00202578462300000101**

Beneficiário: **LUCIMARIO DE OLIVERIA SILVA**

Titular:

Dentista: **ANTONIO FERNANDO LIMA**

CRO/UF: **CRO - SP 133448**

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()																	
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	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 ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	Esquerda ()													
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Posterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()													
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado (X)	Negativo ()	Moderado ()	Leve ()											
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()	Superior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()												
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ()													
Apinhamento:	Sim ()	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 (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) 4	Inferior (em mm): 3																		
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	Esquerda ()																
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (X)	Pré Protéticas ()													

Queixa Principal do Paciente: **dar continuidade no tratamento**

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	PRESCRIÇÃO ROTH, ALINHAMENTO, NIVELAMENTO E CORREÇÃO O OVERBITE			

Exodontias: 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 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

Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável (X)	Desfavorável ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	Duvidoso ()
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Sim (X) Há quanto tempo? 1 ANO

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

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

19/12/23 *Lucimario O. Silva*
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

13/12/2023 *[Assinatura]*
Data Assinatura Profissional e Carimbo