

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: _____

Titular: _____

Dentista: _____ CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ()	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	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:		Desvio Inferior:	
			Direita ()	Esquerda ()	Direita ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região		Anterior ()	Unilateral ()
					Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()		Normal ()	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite: Leve ()		Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()		Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa ()		Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada		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
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41
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
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)			Inferior (em mm):		
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular		Direita ()		
	Esquerda ()			Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()					
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: _____

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ()

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: _____

 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): Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico Inferior (tipo): Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): _____

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () 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.

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

 Data da Consulta Inicial

 Assinatura Beneficiário

 Data

 Assinatura Profissional e Carimbo