

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 025 1157 959 000 609.01
 Beneficiário: Julio Cesar Rosa
 Titular: _____
 Dentista: Carla C Geiser Holz CRO/UF: 5462

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ 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 () 48 47 46 45 44 ☒ 42 41 31 32 ☒ 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 ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	5	Inferior (em mm): 0
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

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

Descrever Técnica: Colagem aparelho fixo sup e inf. alinhamento e nivelamento, oclusão reversão de curvo de spee e redução atí o arco de base (9x25 uso elástico classe II intercuspidar estabilização, remoção aparelho fixo e contenção 3x3 inf. 2x2 sup + Hawley sup

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 () Desfavorável () Duvidoso ☒ Depende da colaboração do paciente com uso do elástico
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 40 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ Sim () Ha 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.

13/02/25 Julio Cesar Rosa
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13/02/25 Carla C Geiser Holz
 Data Assinatura Profissional e Carimbo

Carla C. Geiser Holz
 Cirurgiã Dentista
 CRO/SC 5462