

**Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico**

Código Beneficiário: 002 025 1134 800 000001 01  
Beneficiário: Igor da Silva Schreiber  
Titular: Igor da Silva Schreiber  
Dentista: Vanessa Muller Stuermer CRO/UF 25387/RS

|                                         |                                                              |                                                               |                                               |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                     | Decidua ( )                                   |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                                                 | Classe II <input checked="" type="checkbox"/>                 | Classe III ( )                                |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) | Esquerda I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) |                                               |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior:                                              | Desvio Inferior:                              |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                   | Região                                        |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo <input checked="" type="checkbox"/>                  | Acentuado <input checked="" type="checkbox"/> |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta <input checked="" type="checkbox"/>                      | Baixa ( )                                     |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>                | Retruída ( )                                                  | Bem Posicionada Mandíbula ( )                 |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                                                      | Não <input checked="" type="checkbox"/>                       |                                               |
| Reabsorção Ossea:                       | Sim <input checked="" type="checkbox"/>                      | Não ( )                                                       |                                               |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                             | Inferior (em mm)                                              |                                               |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                                                  | Esquerda ( )                                                  |                                               |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( )                                                       |                                               |

Queixa Principal do Paciente: dentes para frente e espaços

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

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

Descrever Técnica: Aparelho fixo convencional metálico prescrições de both braquetes e tubos Mailli com uso de barra non-spale-fina

Exodontias: X 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): moderada Inferior (tipo): moderada

Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.  
01/07/24 x IGOR DA SILVA SCHREIBER 16/07/24  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário Data Assinatura Profissional e Carimbo

Vanessa M. Stuermer  
Cirurgia-Dentista  
CRO/RS 25397