

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 025034299 200000 102

Beneficiário: Viviane Pereira Alves

Titular: Jefferson Fontela Falcão

Dentista: Brunela Martimelli Todescati

CRO/UF: 18280125

|                                         |                              |                                                   |                                                                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                                         | Decídua ( )                                                                     |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II (X)                                     | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita (X)<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda (X) |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II (X) III ( ) | Esquerda I (X) II (X) III ( )                     |                                                                                 |
| Linha Média:                            | Coincidente (X)              | Desvio Superior:                                  | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                                       | Região Anterior ( )<br>Posterior ( )                                            |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo ( )<br>Negativo ( )                      | Acentuado (X)<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                                       |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta (X)                                          | Baixa ( )<br>Normal ( )                                                         |
|                                         | Inferior                     | Alta ( )                                          | Baixa ( )<br>Normal ( )                                                         |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                                      | Bem Posicionada Mandíbula (X)                                                   |
|                                         |                              |                                                   | Protruída ( ) Retruída ( )<br>Bem Posicionada ( )                               |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28 | Diastemas Sim ( )                                                               |
|                                         | Não (X)                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 | Não ( )                                                                         |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28 | Radicular: Sim ( )                                                              |
|                                         | Não (X)                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 | Não ( )                                                                         |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)             | Inferior (em mm):                                 |                                                                                 |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Dor Muscular                                      | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     |
|                                         | Esquerda ( )                 |                                                   |                                                                                 |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não (X)                      | Sim ( )                                           | Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( )            |
|                                         |                              |                                                   | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )                                                |

Queixa Principal do Paciente:

diastema entre superior

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

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

Descrever Técnica: aparelho fixo MBA

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 (X) Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) 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.

23/06/25  
Data da Consulta Inicial

Viviane P. Alves  
Assinatura Beneficiário

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

23/06/25  
Data

Brunela Todescati  
Assinatura Profissional e Carimbo