

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0116 302

Beneficiário: Tatiane Berri Da Silva

Titular: Diego Ramon Da Silva

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

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

Queixa Principal do Paciente: Diastemas.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar, nivelar, planificar curva de Spee, fechar os diastemas com plástico corrente, remoção e contenção.			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico	Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 18 meses		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo? 2 meses

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

31/01/25

Xatiane

Assinatura Beneficiário

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

31/01/25

Data

Guilherme A. Assmann

Assinatura Profissional e Carimbo