

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.111.38.22.000.11101

Beneficiário: Sidnei Diniz Borges

Titular: Sidnei Diniz Borges

Dentista: Bruno Luis Sá Santos

CRO/UF: PR-22457

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo (X)	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
			Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	Não ()	Radicular: Sim (X) Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Finalização orb

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Compensação orto-cirurgica / retracção inferior com torque lingual para compensação topo à topo, intercuspidação / Remoção + Continuidade / encaminhamento para implantes</u>			
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 (X)
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo? <u>3 anos</u>

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

11/07/25 Sidnei Diniz Borges
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

11/07/25
Data

Bruno Luis Sá Santos
Assinatura Profissional e Carimbo
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-PR 22457