

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Dígito Beneficiário: 0020 2511 3548 2.00000 . 103

Beneficiário: Davi Res Albuquerque

ular: Amela Aparecida Res de Paixão

Artista: Valtteri Räsänen dos Santos

CRO/UF: 53279

|                                         |                                                                  |                                                                                                        |                                                            |                                                                                                  |                                                                                                        |                                           |                         |  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|--|
| Intenção:                               | Permanente ( <input checked="" type="checkbox"/> )               | Mista ( )                                                                                              | Decídua ( )                                                |                                                                                                  |                                                                                                        |                                           |                         |  |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( <input checked="" type="checkbox"/> )                 | Classe II ( )                                                                                          | Divisão 1ª ( )                                             | Subdivisão Direita ( )                                                                           |                                                                                                        | Classe III ( )                            | Subdivisão Direita ( )  |  |
|                                         |                                                                  |                                                                                                        | Divisão 2ª ( )                                             | Subdivisão Esquerda ( )                                                                          |                                                                                                        |                                           | Subdivisão Esquerda ( ) |  |
| oclusão Canina:                         | Direita I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( ) III ( ) | Esquerda I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( ) III ( )                                      |                                                            |                                                                                                  |                                                                                                        |                                           |                         |  |
| Alinhamento Média:                      | Coincidente ( <input checked="" type="checkbox"/> )              | Desvio Superior:                                                                                       | Direita ( )                                                | Desvio Inferior:                                                                                 |                                                                                                        | Direita ( )                               |                         |  |
|                                         |                                                                  |                                                                                                        | Esquerda ( )                                               |                                                                                                  |                                                                                                        | Esquerda ( )                              |                         |  |
| Oclusão Transversal:                    | Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )                   | Cruzada ( )                                                                                            | Região                                                     | Anterior ( )                                                                                     | Unilateral ( )                                                                                         | Bilateral ( )                             |                         |  |
|                                         |                                                                  |                                                                                                        |                                                            | Posterior ( )                                                                                    |                                                                                                        |                                           |                         |  |
| Overjet:                                | Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )                   | Positivo ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Negativo ( )                                       | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( )                  | Overbite:                                                                                        | Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Positivo ( )<br>Negativo ( )                         | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve ( ) |                         |  |
| Inclinação Centrária:                   | Superior<br>Inferior                                             | Alta ( )<br>Alta ( )                                                                                   | Baixa ( )<br>Baixa ( )                                     | Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) |                                                                                                        |                                           |                         |  |
| Maxila:                                 | Protruída ( <input checked="" type="checkbox"/> )                | Retruida ( )                                                                                           | Bem Posicionada Mandíbula ( )                              | Protruída ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                | Retruida ( )                                                                                           | Bem Posicionada ( )                       |                         |  |
| Enchimento:                             | Sim ( )<br>Não ( )                                               | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 | Diastemas :<br>Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | Sim ( )<br>Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                           | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |                                           |                         |  |
| Absorção Óssea:                         | Sim ( )<br>Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )           | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 | Radicular:<br>Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )  | Sim ( )<br>Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                           | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28<br>48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |                                           |                         |  |
| Diferença de Modelos:                   | Superior (em mm)                                                 |                                                                                                        | Inferior (em mm):                                          |                                                                                                  |                                                                                                        |                                           |                         |  |
| Dor ou Ruído Articulação:               | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                      | Dor Muscular                                                                                           | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                |                                                                                                  |                                                                                                        |                                           |                         |  |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Sim ( )           |                                                                                                        | Fonoaudiologia ( )                                         | Otorrinolaringologia ( )                                                                         | Cirurgia Ortognática ( )                                                                               | Implantes ( )                             | Pré Protéticas ( )      |  |

Principal do "Dentes Brancos"

|                      |                          |                                          |                           |                                               |
|----------------------|--------------------------|------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva ( )           | Interceptiva ( )                         | Ortopédica ( )            | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ortopedia:           | Ortopédica Funcional ( ) | Fixa <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( )                                 |

descrever Técnica: Montagem do aparelho metrológico convencional  
 sup. de 26 e inf. de 46. Alinhamento e Nivelamento.  
 res 0.014" Nitti, 0.056" Nitti de 2 a 12 mms; Aquecimento res de ao e entalhe

|           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| odontias: | 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 |
|           | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |                          | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

|                            |                                                   |                                           |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| Incoragem Superior (tipo): |                                                   | Inferior (tipo):                          |                                       |
| Prognóstico                | Favorável ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | Desfavorável ( <input type="checkbox"/> ) | Duvidoso ( <input type="checkbox"/> ) |

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Aciente 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.

19/04/24 K. Sampaio  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

31/07/24.      [Signature]

Data                  Assinatura Professionale Carimbo