

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025111 859 200 4 80701
Beneficiário: Maria Luiza Azeite Marques
Titular: Maria Luiza Azeite Marques
Dentista: Laila Vigo CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III (X)	Esquerda I () II () III (X)	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)
	Inferior	Alta ()	Baixa (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
			Protruída (X) Retruida () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	Não (X)	
Reabsorção Ossea:	Sim (X)	Não ()	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	0,5 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 ()

Queixa Principal do Paciente: Diastema Inferior

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Alinhamento e Nivelamento das Arcadas

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): 12 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.

08/01/25 [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

07/02/25 [Assinatura]
Data Assinatura Profissional e Carimbo