

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.1210901.000008.03

Beneficiário: HENRIQUE TRESSE PACHECO

Titular **JORGE ANDERSON LEITE PACHECO**

Dentista: JOSE PAULO BARBOSA FILHO

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()	
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I () II () III ()		
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:
			Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região	Anterior ()
				Posterior ()
Overjet:	Normal *	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()
		Negativo ()	Moderado ()	Positivo ()
			Leve ()	Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior:	Alta ()	Baixa ()	Normal ()
	Inferior:	Alta ()	Baixa ()	Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (x)	Protruída ()
				Retruída ()
				Bem Posicionada (x)
Apinhamento:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (x)
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 (x)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Quais dentes desalinhados:	Principal	do		
Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica já está usando aparelho autoligado, prescrição mlti				
Exodontias	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Interproximal	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	
Anclagem Superior (tipo)		Inferior (tipo)		
Prognóstico	Favoreável (x)	Desfavoreável ()	Dúvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses) 24				
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (x)	Há quanto tempo?	

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

24 03 25 e João Amador

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

24 03 2025

Dr. José Paulo Barbosa Filho
Cirurgião Dentista
CRC-PE: 10325