

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 09720244704000010

Beneficiário: Carlen Barbosa

Titular: Carlen Barbosa

Dentista: Amândio Bermudes

CRO/UF: 44704/RJ

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ☒
Relação Canina:	Direita I () II () III ☒	Esquerda I ☒ II () III ()	
Divisão 1ª	()	Subdivisão Direita ()	
Divisão 2ª	()	Subdivisão Esquerda ()	
Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
	Negativo ()	Moderado ()	Overbite: Normal () Positivo () Acentuado ()
		Leve ☒	Negativo () Moderado () Leve ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
	Inferior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒
			Protruída () Retruida () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ()	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 ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
	+3 mm	+10 mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
			Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Dentes muito para frente!"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: STRAIGHT WIRE com aparelho tipo HOTI marca Mprelli

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 ☒ Inferior (tipo): Duvidoso ()

Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim ☒ Há quanto tempo? 2 anos

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

06.01.25 [Assinatura]
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

15.01.25 Amanda Bermudes
Data CRO-RJ 44704
Cirurgiã-Dentista/Endodontista