

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202512351860000910.1

Beneficiário: Sonia Lima Lopes dos Santos

Titular:

Dentista: Milla Christie Milhomem Santos

CRO/UF: \_\_\_\_\_

|                                         |                                                              |                                                               |                                              |                                               |                                                   |                                               |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                     | Decídua ( )                                  |                                               |                                                   |                                               |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                                                 | Classe II <input checked="" type="checkbox"/>                 | Divisão 1ª ( )                               | Subdivisão Direita ( )                        | Classe III ( )                                    | Subdivisão Direita ( )                        |
|                                         |                                                              |                                                               | Divisão 2ª ( )                               | Subdivisão Esquerda ( )                       |                                                   | Subdivisão Esquerda ( )                       |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) | Esquerda I ( ) II ( ) III <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |                                               |                                                   |                                               |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior:                                              | Direita ( )                                  | Desvio Inferior:                              | Direita ( )                                       | Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>  |
|                                         |                                                              |                                                               | Esquerda ( )                                 |                                               |                                                   |                                               |
| Relação Transversal:                    | Normal ( )                                                   | Cruzada <input checked="" type="checkbox"/>                   | Região                                       | Anterior ( )                                  | Unilateral ( )                                    | Bilateral <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                         |                                                              |                                                               |                                              | Posterior <input checked="" type="checkbox"/> |                                                   |                                               |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo <input checked="" type="checkbox"/>                  | Acentuado ( )                                | Normal ( )                                    | Positivo ( )                                      | Acentuado ( )                                 |
|                                         |                                                              | Negativo ( )                                                  | Moderado <input checked="" type="checkbox"/> |                                               | Negativo <input checked="" type="checkbox"/>      | Moderado ( )                                  |
|                                         |                                                              |                                                               | Leve ( )                                     |                                               |                                                   | Leve ( )                                      |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta <input checked="" type="checkbox"/>                      | Baixa ( )                                    | Normal ( )                                    |                                                   |                                               |
|                                         | Inferior                                                     | Alta ( )                                                      | Baixa <input checked="" type="checkbox"/>    | Normal ( )                                    |                                                   |                                               |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>                | Retruída ( )                                                  | Bem Posicionada                              | Protruída ( )                                 | Retruída ( )                                      | Bem Posicionada ( )                           |
|                                         |                                                              |                                                               | ( )                                          |                                               |                                                   |                                               |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/>                      | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28             | Diastemas                                    | Sim ( )                                       | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28 |                                               |
|                                         | Não ( )                                                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38             | :                                            | Não ( )                                       | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |                                               |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                                                      | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28             | Radicular:                                   | Sim ( )                                       | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28 |                                               |
|                                         | Não ( )                                                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38             |                                              | Não ( )                                       | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |                                               |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)                                             | 8,1 mm                                                        | Inferior (em mm):                            | 7,1 mm                                        |                                                   |                                               |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                                                  | Dor Muscular                                                  | Direita ( )                                  |                                               |                                                   |                                               |
|                                         | Esquerda ( )                                                 |                                                               | Esquerda ( )                                 |                                               |                                                   |                                               |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Sim ( )                                                       | Fonoaudiologia ( )                           | Otorrinolaringologia ( )                      | Cirurgia Ortognática ( )                          | Implantes ( )                                 |
|                                         |                                                              |                                                               |                                              |                                               |                                                   | Pré Protéticas ( )                            |

Queixa Principal do Paciente:

Dentes tortos.

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

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

Descrever Técnica: Aparelho fixo metálico

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 ☒ 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

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 42 meses

Paciente 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.

05/09/25

Data da Consulta Inicial

Sonia L.B. Santos

Assinatura Beneficiário

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

05/09/25

Data

MILLA CHRISTIE  
DRA. MILLA CHRISTIE  
CIRURGEIA DENTISTA  
CRO 136285

Assinatura Profissional e Carimbo