

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025115804500017101

Beneficiário: Isabella Vitória de Jesus dos Santos

Titular: Isabella Vitória de Jesus dos Santos

Dentista: Isabella Vitória de Jesus dos Santos

CRO/UF:

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª (X) Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III (X)	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X) Inferior	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita (X) Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: dor na ATM

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica (X) Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: ortopedia fixa e corretiva ortopedica

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): BTP Inferior (tipo): PLA
Prognóstico Favorável () Desfavorável (X) Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 mes
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.

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

23/05/2025 Isabella Vitória de Jesus dos Santos 02/07/2025

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo