

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025111384200010601

Beneficiário: Paulo Roberto Ferreira

Titular: Paulo Roberto Ferreira

Dentista: Laila Vigo

CRO/UF: 21.646.

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Classe:	Classe I ()	Classe II (X)	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda (X)	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa (X)
Maxila:	Protruída () Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)	Protruída () Retruída () Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas: Sim () Não (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim () Não (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () Não (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	3 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 ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Alinhamento dos dentes

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

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

Descrever Técnica: Alinhar e Nivelar mandíbula e maxila com o eixo de linha média

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): - Inferior (tipo): -

Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) 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.

07/04/25 *Paulo Roberto Ferreira*
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

07/04/25 *Laila Vigo*
Data Assinatura Profissional e Carimbo

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Amanda Lorrain da Oliveira Rago

CRO/UF: 38.031

Guia: 2264080

Data do Exame: 07/04/25

Nome do Beneficiário:

Paulo Roberto Ferreira

DENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
Bolsa																
Reces.																
Bolsa																
Reces.																
P																

MOBILIDADE																
FURCA																

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
Bolsa																
Reces.																
Bolsa																
Reces.																
L																

MOBILIDADE																
FURCA																

DATA: 07/04/25

Amanda Bogo
Cirurgiã Dentista
CRO 38031

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante