

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.1211612.000001.02

Beneficiário: FELIPE GABRIEL DA SILVA

Titular: DANIELLE GUEDES DA SILVA

Dentista: JOSE PAULO BARBOSA FILHO

CRO/UF: 10396- PE

Dentição:	Permanente (x x)	Mista ()	Decídua ()														
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III (x)	Subdivisão Direita ()											
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()											
Relação Canina:	Direita I () II () III (x)	Esquerda I () II () III ()															
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()											
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (x)	Região	Anterior (x)	Unilateral ()	Bilateral ()											
				Posterior ()													
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()											
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()											
			Leve ()			Leve ()											
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (x)	Normal ()													
	Inferior	Alta (x)	Baixa ()	Normal ()													
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada ()	Mandíbula	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada ()										
Apinhamento:	Sim (x)	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)	Inferior (em mm):															
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()														
	Esquerda ()		Esquerda ()														
Não ()																	

Queixa Principal do Paciente: mordida errada

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

Descrever Técnica: já esta usando aparelho autoligado , prescrição roth

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	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 (x)	Duvidoso ()												

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 Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

21/03/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

21/03/25
Data

Dr. José Paulo Barbosa Filho
Cirurgião-Dentista
CRO-PE: 10396