

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 025 12 11 90 5 000 00 103
Beneficiário: Guilherme Anthony Lopes da Silva
Titular: Leilson Alim Maurício da Silva
Dentista: Victor Cavalcanti Coelho CRO/UF: 9981 PE

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve (X)
Inclinação Dentária:	Superior	Alta () Baixa ()	Normal (X) Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula (X) Protruída () Retruida () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não ()
Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em 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: Apinhamento anterior, superior e inferior

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva (X)	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>remulamento e alinhamento e ajuste de espaço para erupção cometa mais elásticos classe II.</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico	Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): <u>18 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo? <u>8 meses</u>

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

16/04/25
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

16/04/25
Data

Dr. Victor Cavalcanti
Cirurgião - Dentista
Assinatura P
CRO-PE 9981