

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025115795900/29803
Beneficiário: MANUELLA DO NASCIMENTO
Titular: CARLOS ROGERIO DO NASCIMENTO
Dentista: LUCAS ALBERTON FELER CRO/UF: 21761/SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado ☒ Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta ☒ Alta ☒	Baixa () Baixa () Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒ Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	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	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
Reabsorção Óssea:	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	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Arrumar mordida errada"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Primeiramente alinhamento, nivelamento, corrigir curva de Spee, uso de elásticos para intercuspidar e mordida aberta, e fase de finalização.

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): Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36
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.

07.10.24 Germinha nas
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

07.10.24 Lucas Alberton Feler
Data Assinatura Profissional e Carimbo

CRO/SC 21761