

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 1152 9590 0111 302

Beneficiário: Marilva Da Rosaria Silva Tarares

Títular: Amélia Tarares filha.

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SX

Dentição:	Permanente (N)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular:
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes inferiores apinhados.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Alinhar, nivelar e planificar curva de Spee.

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 (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses
 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.

29/01/25
Data da Consulta Inicial

X [Assinatura]
Assinatura Beneficiário

29/01/25
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional e Carimbo