

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: _____

Titular: _____

Dentista: _____

CRO/UF: _____

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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (☒) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (☒)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (☒) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (☒)
	Inferior	Alta (☒)	Baixa ()
Maxila:	Protruída (☒)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
			Protruída () Retruida () Bem Posicionada (☒)
Apinhamento:	Sim ()	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)	+ 7 mm	Inferior (em mm): + 2 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (☒)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

 Queixa Principal do Paciente: Dentes para frente

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

 Descrever Técnica: expandir superior com resorção para levanto mto de sua alveola

 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

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

 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo