

# Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 0020251163300000102  
Beneficiário: Bruna de Azevedo Seixas  
Titular: Bruna de Azevedo Seixas  
Dentista: Patrícia P

CRO/UF: 1483

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

Queixa Principal do Paciente: Mordida

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

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 ☒ (preciso de fono)  
Prognóstico: Favorável ( ) Desfavorável ( ) Duvidoso ☒ (preciso de fono)  
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 48 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.

14.12.24 x Bruna Azevedo  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e corretas.

14.12.24  
Data

CLINICA ODONTOLIFE LTDA  
CNPJ 50.523.565/0001-21  
Assinatura Profissional e Carimbo