

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202554525600000102

Beneficiário: Julia Lehnbach Schiel

Titular: Debora Lehnbach

Dentista: Dra Karina Kim Sebastião Ferreira

CRO/UF: 100.598

Dentição:	Permanente ()	Mista ☒	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Posterior ☒
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>+3mm</u>	Inferior (em mm): <u>+2mm</u>	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ☒	Ortopédica ☒	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ☒	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Paciente usará aparelho ortopédico fixo no céu da boca, aparelho de Mc Namara para expansão da arcada superior e descuramento de molares laterais e expensor inferior simples para melhorar inclinação de molares inferiores esquerda.</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Molares permanentes e decíduos</u>		Inferior (tipo):	<u>Molares</u>
Prognóstico	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>± 16 meses</u>			
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.

25/02/25 Julia Lehnbach
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

25/03/25
Data

Dra. Karina Kim Sebastião Ferreira
Assinatura Profissional e Carimbo
CRMSP 100.598