

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202534335100000101

Beneficiário: Airus Carla BertinoTitular: Airus Carla BertinoDentista: Renata Gonçalves de Almeida

CRO/UF: 11569 PE

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Decídua <input type="checkbox"/>					
Classificação de Angle:	Classe I <input checked="" type="checkbox"/>	Classe II <input type="checkbox"/>	Divisão 1ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/>	Divisão 2ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>	Classe III <input type="checkbox"/>	Subdivisão Direita <input type="checkbox"/>		
Relação Canina:	Direita I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>						
Linha Média:	Coincidente <input type="checkbox"/>	Desvio Superior: Esquerda <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior: Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/>	Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>		
Relação Transversal:	Normal <input type="checkbox"/>	Cruzada <input checked="" type="checkbox"/>	Região	Anterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input checked="" type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>		
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>		
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>				
Maxila:	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/>		
Apinhamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28			
Reabsorção Óssea:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28			
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): <u>NULA</u>	Inferior (em mm):						
Dor ou Ruído Articular:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	NÃO			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Fonoaudiologia <input type="checkbox"/>	Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/>	Cirurgia Ortognática <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/>	Pré Protéticas <input type="checkbox"/>	

Queixa Principal do Paciente: "Mordida Torna"

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>			
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>			
Descrever Técnica:	<u>TECNICA STRAIGHT WIRE, PRESCRIÇÃO ROTH.</u> <u>ALINHAMENTO / NIVELAMENTO / ELÁSTICOS INTER MAXILARES PARA AJUSTE LINHA MÉDIA /</u> <u>REMOÇÃO CONTÍNUA</u>						
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>			
Ancoragem Superior (tipo):	<u>APENAS TUBOS G CONSUGADOS</u>		Inferior (tipo):	<u>APENAS TUBOS G CONSUGADOS</u>			
Prognóstico	Favorável <input type="checkbox"/>	Desfavorável <input type="checkbox"/>	Duvidoso <input checked="" type="checkbox"/>				
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>20 MESES</u>						
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não <input type="checkbox"/>		Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Há quanto tempo? <u>APARELHO SEM MANUTENÇÃO ⇒ FOI REMOVIDO</u>			

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.

Data da Consulta Inicial

Airus Carla Bertino

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo