

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 025 1113947 00006701

Beneficiário: Guilherme Henrique Sontono

Titular: Guilherme Henrique Sontono

Dentista: Priscila Ferraz Suzimoto

CRO/UF: 23612

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"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>		
Relação Canina: Direita	I <input checked="" type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	Esquerda	I <input checked="" type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>
Linha Média:	Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>		Desvio Superior:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada <input type="checkbox"/>	Região	Anterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input 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"/>	Overbite:	Normal <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>			
	Inferior	Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>			
Maxila:	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>	
Apinhamento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não <input type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38		
Reabsorção Óssea:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38		Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38		
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	- 5 mm	Inferior (em mm):	+ 6 mm			
Dor ou Ruído Articular:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Cirurgia Ortopédica <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/> Pré Protéticas <input type="checkbox"/>				

Queixa Principal do Paciente: desalinhamento nos dentes da arcada

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>Alinhar e nivelar juntando diâstri mas, corrigir curva de espal e mandibula profunda.</u>			

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 Desgaste Inter proximal: 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): X Inferior (tipo):  
 Prognóstico: Favorável  Desfavorável  Dúvidoso

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

Guilherme Henrique Sontono  
 Assinatura Beneficiário

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Data

Priscila  
 Assinatura Profissional e Carimbo

**Dr. Priscila Ferraz**  
**Cirurgiã Dentista**  
**CRO. 23 612**