

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: \_\_\_\_\_

Beneficiário: **Heloisa Carvalho Rodrigues**

Titular: \_\_\_\_\_

Dentista: **Larissa Borges Oliveira** CRO/UF: **126758**

|                                         |                              |                               |                          |                          |                |                         |                         |  |  |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|-------------------------|--|--|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                     | Decídua ( )              |                          |                |                         |                         |  |  |
| Classificação de Angle:                 | Classe I (X)                 | Classe II ( )                 | Divisão 1ª ( )           | Subdivisão Direita ( )   | Classe III ( ) | Subdivisão Direita ( )  |                         |  |  |
|                                         |                              |                               | Divisão 2ª ( )           | Subdivisão Esquerda ( )  |                |                         | Subdivisão Esquerda ( ) |  |  |
| Relação Canina:                         | Direita I (X) II ( ) III ( ) | Esquerda I (X) II ( ) III ( ) |                          |                          |                |                         |                         |  |  |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior:              | Direita (X)              | Desvio Inferior:         | Direita (X)    |                         |                         |  |  |
|                                         |                              |                               | Esquerda ( )             |                          | Esquerda ( )   |                         |                         |  |  |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                   | Região                   | Anterior ( )             | Unilateral ( ) | Bilateral ( )           |                         |  |  |
|                                         |                              |                               |                          | Posterior ( )            |                |                         |                         |  |  |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo (X)                  | Acentuado ( )            | Normal (X)               | Positivo ( )   | Acentuado ( )           |                         |  |  |
|                                         |                              | Negativo ( )                  | Moderado ( )             | Overbite:                | Negativo ( )   | Moderado ( )            |                         |  |  |
|                                         |                              |                               | Leve (X)                 |                          |                | Leve ( )                |                         |  |  |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta ( )                      | Baixa (X)                | Normal ( )               |                |                         |                         |  |  |
|                                         | Inferior                     | Alta (X)                      | Baixa ( )                | Normal ( )               |                |                         |                         |  |  |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                  | Bem Posicionada (X)      | Protruída ( )            | Retruída (X)   | 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 (X)                      | 48 47 46 45 44 43 42 41       | 31 32 33 34 35 36 37 38  | :                        | Não (X)        | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |  |  |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim (X)                      | 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 X X X          | X X X 34 35 36 37 38     |                          | Não (X)        | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |  |  |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)             |                               | Inferior (em mm):        |                          |                |                         |                         |  |  |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )                  | Dor Muscular                  | Direita ( )              |                          |                |                         |                         |  |  |
|                                         | Esquerda ( )                 |                               | Esquerda ( )             |                          |                |                         |                         |  |  |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não ( )                      |                               |                          |                          |                |                         |                         |  |  |
|                                         | Sim (X)                      | Fonoaudiologia (X)            | Otorrinolaringologia ( ) | Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes ( )  | Pré Protéticas ( )      |                         |  |  |

Queixa Principal do Paciente: **Paciente já fez uso do aparelho antes mas continuou com a mordida aberta**

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva (X)

Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa (X) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )

Descrever Técnica: **Uso da tecnica de Ricketts com leve intrusão nos incisivos inferiores e extrusão nos incisivos superiores, zerar curva de spee para não ter recidiva**

Exodontias: ~~X~~ 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 ~~X~~  
~~X~~ 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 ~~X~~ 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): **uso do arco base** Inferior (tipo): **arco base**

Prognóstico Favorável ( ) Desfavorável ( ) Duvidoso (X)

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): **36 meses**

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) 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.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data Assinatura Profissional e Carimbo