

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025123200000000108

Beneficiário: Samuel Saraiva Mestre

Titular: Rafael de Almeida Mestre

Dentista: Victor Cavalcanti Coelho

CRO/UF: 9981/PE

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ()	Acentuado () Moderado (X) Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X) Inferior	Baixa () Normal (X)
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim ()	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	2 mm	Inferior (em mm): 4 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Overjet maxilar

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (X) Ortopédica () Corretiva ()
Aparatologia: Ortopédica Funcional (X) Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: PAM II

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): Inferior (tipo):
Prognóstico Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses PAM + 12 meses Fixa

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.

21/10/25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e integrais por elas.

23/10/25
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional e Carimbo
Dr. Victor Cavalcanti
Cirurgião Dentista
CRO-PE 9981