

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.290562 0000 84.03Beneficiário: Paloma dos Anjos Silva de OliveiraTitular: Claudio Roberto Souza de OliveiraDentista: Rebecca do Nascimento DiasCRO/UF: 5615

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decidua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita (X)	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda (X)
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()				
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X)	Desvio Inferior:	Direita ()	
			Esquerda ()		Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)		
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (X)	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim (X)	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 ()	48 47 46 45 44 43 42 41 51 52 53 54 55 56 57 58		Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 51 52 53 54 55 56 57 58	
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	
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 51 52 53 54 55 56 57 58		Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 51 52 53 54 55 56 57 58	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):				
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()			
	Esquerda ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)					
	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes Doridos

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

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

Descrever Técnica: _____

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 | 51 52 53 54 55 56 57 58

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 | 51 52 53 54 55 56 57 58

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 26 m

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.

29/05/23 Claudio Roberto Souza de O.
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

29/05/23 Rebecca do Nascimento Dias
 Data Assinatura Profissional e Carimbo