

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025109639700002202

Beneficiário: Danilo Aparecido dos Santos

Titular: Danilo Aparecido dos Santos

Dentista: Bianca Paula Pereira dos Santos

CRO/UF: 66569

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Decídua <input type="checkbox"/>				
Classificação de Angle:	Classe I <input type="checkbox"/>	Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1 ^a <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/>	Divisão 2 ^a <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: <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior: <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>		Cruzada <input type="checkbox"/>	Região	Anterior <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/>	
Overjet:	Normal	Positivo <input checked="" type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input checked="" type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/>	
		Negativo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Overbite: <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	
			Leve <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 checked="" type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/> Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/>		
			()				
Apinhamento:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 48 47 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 41 31	Diastemas	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	46 45 44 43 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		
Reabsorção Óssea:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 48 47 46 45 44 43 28	Radicular: <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	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 Superior (em mm)			Inferior (em mm):				
Modelos:							
Dor ou Ruído Articular:	Direita <input type="checkbox"/>	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/>				
	Esquerda <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 Ortognática <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/>	Pré Protéticas <input type="checkbox"/>		

Queixa Principal do Paciente:

Dentes separados

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>
Descrever Técnica:	<u>Tecnica SMS</u>		

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 42 41 31 28 48 47 46 45 44 43 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo):

Inferior (tipo):

Prognóstico	Favorável <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorável <input type="checkbox"/>	Duvidoso <input type="checkbox"/>
-------------	---	---------------------------------------	-----------------------------------

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

Paciente Possui Aparelho Instalado	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Há quanto tempo?
Possivelmente?			

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

26 / 12 / 25

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

26 / 12 / 25

Data

Assinatura Profissional e Carimbo