

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202558453000000103

Beneficiário: Catarina Franca Rodrigues

Titular: Daniela Franca Rodrigues

Dentista: Sandra Oliveira dos Santos

CRO/UF: 117480/SP

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	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 () II () III ()	Esquerda I () II () III ()				
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	
			Esquerda ()		Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()
				Posterior ()		
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado (X)
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()
			Leve ()			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)		
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)		
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída (X)	Retruída ()	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 ()	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 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	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular Não	Direita ()			
	Não Esquerda ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
						Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Paciente veio ao consultório relatando que o dente 33 ainda não havia irrompido.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica (X)	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível (X)
Descrever Técnica:	<u>Expansão maxilar e mandibular.</u>			

Exodontias:	Não	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	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	Não	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável (X)		Inferior (tipo):	
Prognóstico	Desfavorável ()		Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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