

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202542663900000101

Beneficiário: Eulalia Ferreira

Titular:

Dentista: Baile Mary Saad Pasquali

CRO/UF:

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ☒	Esquerda I ☒ II () III ()	Classe III ☒ Subdivisão Direita ☒ Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior ☒ Posterior ☒ Unilateral () Bilateral ☒
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado () Leve ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
	Inferior	Alta ☒	Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ☒	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	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "arrumar os dentes"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: "Roth"

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): Favorável () Desfavorável ☒ Duvidoso ()
Prognóstico: Inferior (tipo):
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.

13/11/21 Eulalia Ferreira
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13/11/21 Baile Mary Saad Pasquali
Data Assinatura Profissional e Carimbo