

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202510875100667501

Beneficiário: Jocineia Mendes Togneski

Titular: Jocineia Mendes Togneski

Dentista: Fernando Maria Pinheiro de Almeida

CRO/UF: PR-22339

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

Queixa Principal do Paciente: "Dente embaixo todo". - Apinhamento entre inferior

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

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

Descrever Técnica: Solicitação de XP dos dentes 18, 28, 38 e 48. Montagem do aparelho superior e inferior ROTH. Alinhamento e nivelamento, botas lingual 14 e 15 (quiveres). Stripping entre inferior.

Exodontias: 06 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 09 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): Em torno de 20 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.

19/12/22

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

19/12/22

Data

Assinatura Profissional

Fernanda M. P. de Almeida
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 22.339