

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0152 901

Beneficiário: Douglas Dos Santos

Titular: Douglas Dos Santos

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

Dentição:	Permanente (+)	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 (x)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo (x)	Acentuado () Moderado () Leve (x)
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (x) Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)
Apinhamento:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim (x)
Reabsorção Óssea:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (x) Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar, nivelar, planificar arco de Spee, fechar diastema com elástico corrente, remoção e contenção.			

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 (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	30 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.

14/02/25
Data da Consulta Inicial

Douglas
Assinatura Beneficiário

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

14/02/25
Data

Guilherme A. Assmann
Assinatura Profissional e Carimbo