

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025111859200546902

Beneficiário: Eliza Veloso da Santos

Titular: Ivone Roxo Veloso

Dentista: KARITHEA ANDREOLI CORREA

CRO/UF: 19547-SC

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 ()	Ausência de 13 e 23 em impra oclusão
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Normal () Baixa () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
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
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
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 ()

Queixa Principal do Paciente: Desde que nasceu tem interposição lingual

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

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

Descrever Técnica:

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): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

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

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.

12/09/25 x Ivone Roxo Veloso

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

12/09/25 Dr. Karithea Andreoli Correa

Data

Assinatura Profissional CRO/SC 19547