

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 116 17 6800183401

Beneficiário: Jobson Cuioco Fernandes Junior

Titular: Jobson Cuioco Fernandes Junior

Dentista: Camilla Bulena Delato

CRO/UF: 21.236

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda (x)	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (x)	Região	Anterior (x)	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()	Positivo (x)	Acentuado ()	
		Negativo (x)	Moderado ()		Negativo ()	Moderado (x)	
			Leve (x)			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (x)	Baixa ()	Normal ()			
	Inferior	Alta (x)	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim (x)	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 ()	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	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes (x)	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes cruzados na frente

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

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

Descrever Técnica: Aparelho fixo convencional p/ tratamento compensatório ortodôntico.

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): Fixa, tubos Inferior (tipo): Fixa, tubos

Prognóstico: Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36

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.

12/03/25

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

12/03/25

Data

Assinatura Profissional e Carimbo