

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 026 116 1768 001 26201
Beneficiário: Nothom Franca Borges
Titular: Nothom Franca Borges
Dentista: Camilla Helena Delato CRO/UF: 21.236

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III (X)
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()	Subdivisão Direita (X)
Relação Canina:	Direita I () II () III (X)	Esquerda I (X) II () III ()			
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()
			Esquerda ()		Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()
				Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (X)	Positivo ()
		Negativo ()	Moderado ()		Negativo ()
			Leve ()		Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()	
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()	
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída (X)	Retruída ()
			()		Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim (X)
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()		
	Esquerda ()		Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
	Sim ()				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Excesso entre os dentes.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Aparelho ortodôntico fixo convencional

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):
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.

12/03/26
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