

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025109639700001902

Beneficiário: Adrielle Gomes de Souza

Titular: Gleison Vicente Barbosa

Dentista: Bianca Paula Pereira dos Santos

CRO/UF: 66569 / MG

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

Queixa Principal do Paciente: Mordida torta

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>	Corretiva <input type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>

Descrever Técnica: Técnica Speed SMS

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	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		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): 36 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Não  Sim  Há quanto tempo?  
Previamente?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

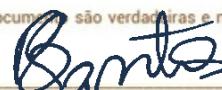
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

/ / Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo



## Página de assinaturas



**Bianca Santos**  
123.615.616-11  
Signatário

### HISTÓRICO

- 05 mar 2024 16:10:26  **Bianca Santos** criou este documento. (E-mail: drabianca.santoos@gmail.com, CPF: 123.615.616-11)
- 05 mar 2024 16:10:27  **Bianca Santos** (E-mail: drabianca.santoos@gmail.com, CPF: 123.615.616-11) visualizou este documento por meio do IP 187.69.90.220 localizado em Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brazil
- 05 mar 2024 16:10:31  **Bianca Santos** (E-mail: drabianca.santoos@gmail.com, CPF: 123.615.616-11) assinou este documento por meio do IP 187.69.90.220 localizado em Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brazil

