

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário:

Beneficiário: JANAINA FRANCISCA MARQUES DA SILVA

Titular:

Dentista: RENATA GONÇALVES DE MORAIS

CRO/UF: 1569 - PE

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Esquerda I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>				
Linha Média:	Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>		Desvio Superior: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada <input type="checkbox"/>	Região Anterior <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>
Overjet:	Normal	Positivo <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	
Dentária:	Inferior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	
Maxila:	Protruída <input checked="" type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <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
Apinhamento:	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 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
Reabsorção Óssea:	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	0	Inferior (em mm):	0	
Dor ou Ruído Articular:	Direita <input type="checkbox"/> NÃO	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Fonoaudiologia <input checked="" type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Cirurgia Ortognática <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/> Pré Protéticas <input type="checkbox"/>		

Queixa Principal do Paciente:

DENTES PARA FREnte

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>	Corretiva <input checked="" 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: EXODONTIA DOS DENTES MARCADOS DISTALIZADOS DO 35 e 34 como TENTATIVA DE DIMINUIR A FALHA DA PERDA DO 36 / RETRAÇÃO DA BATERIA ANTERIOR // ALINHAMENTO E NIVELAMENTO / INTERCUSPIDAÇÕES / REMOÇÃO DOS BRAQUETES E INSTALAÇÃO DAS CONTAJES

Exodontias:	18 17 16 15 <input checked="" type="checkbox"/> 13 12 11   21 22 23 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorável <input type="checkbox"/>	Duvidoso <input type="checkbox"/>

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

25/02/2021 Janaina Francisca Marques da Silva  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

25/02/21  
Data

Assinatura Profissional e Carimbo