

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 025 11 57 959 000 331 02
 Beneficiário: J. Huon Raldo Figueira de Jesus.
 Titular: Claudinei Durnal de Jesus.
 Dentista: Carla C Geiser Holz. CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Classe III ☒
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda ☒	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ☒
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta ☒ Inferior Alta ()	Baixa () Baixa ☒	Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída () Retruída ☒	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	Diastemas: Sim () Não ☒	
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	Radicular: Sim () Não ☒	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm): <u>4 mm</u>	Inferior (em mm): <u>0 mm</u>	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular: Direita () Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: autu menos

Exodontias: X 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 X Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
X 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 X 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ Sim () Há quanto tempo?

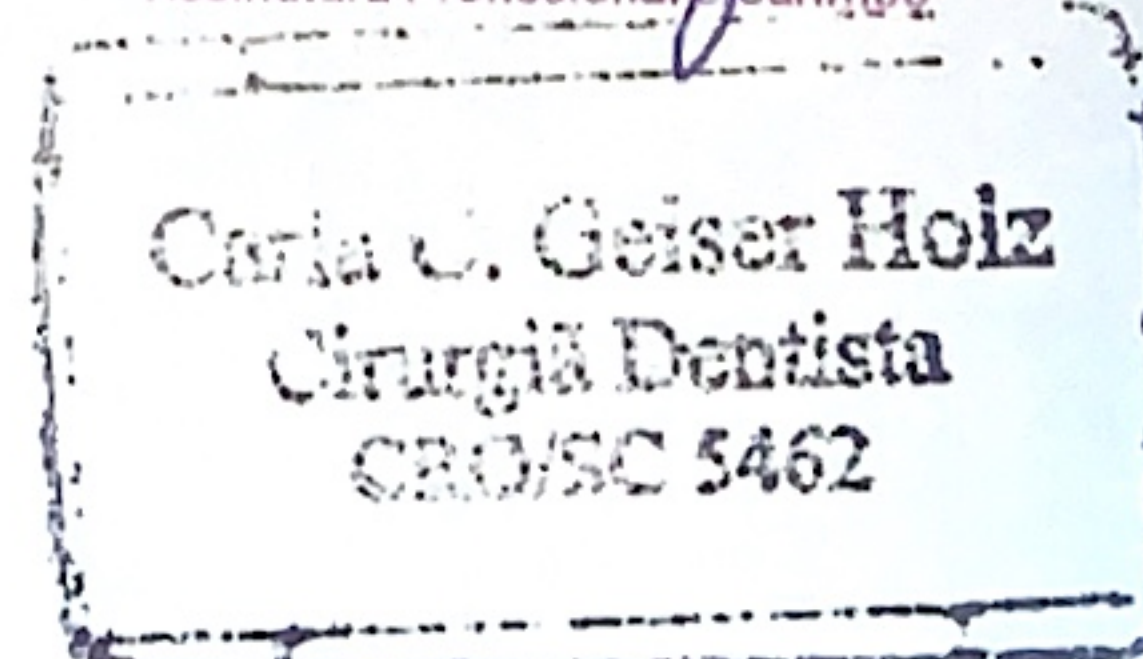
Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

14/02/25 Claudinei Durnal de Jesus
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

14/02/25
 Data

Assinatura Profissional e Carimbo



Colagem do aparelho fino sup e inferior, alinhamento
e nivelamento, expansão dos arcos, oclusão e reversão
de curva de spee para concepção de sobre mordida,
intercuspidação, estabilização, remoção do aparelho
fino e contenção 3x3 inferior, 2x2 superior e
howley superior.