

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.5355) 002.025.535534.000001-03
 Beneficiário: Maria Luíza Faria dos Santos
 Titular: Reise Faria da Conceição
 Dentista: Dra. Luíza de Faria Guerra CRO/UF: SSP-SP 121.999

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decidua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()		Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()		
			Esquerda ()		Esquerda ()		
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
				Posterior ()			
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)			
	Inferior	Alta (X)	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada ()	
Apinhamento:	Sim ()	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 (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		
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 ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: conectar os dentes da frente

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

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): Inferior (tipo):
 Prognóstico Favorável () Desfavorável () Duvidoso (X)
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 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.

27/12/2002 Dra. Luíza
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

27/12/2002
 Data Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Ana Luíza de Faria Guerra
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 121.999