

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202547216300000101
Beneficiário: Ana Caroline Santos da Silva
Titular: _____
Dentista: Simone Ramalho Fernandes CRO/UF: 123279-SP

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()		
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()
			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 ☒	Região	Anterior ()	Unilateral ☒ Bilateral ()
				Posterior ☒	
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()	Overbite:	Normal ☒ Positivo () Negativo () Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()	
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada ☒	Protruída ()	Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Díastemas	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
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: _____

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

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 ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

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.

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

20/04/22 x Ana Caroline S. da Silva
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

27/05/22 Drª Simone Ramalho
Data Assinatura Profissional e Carimbo
CRO: 123279