

**Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico**

Código Beneficiário: 002.025.3319540.000003.01  
Beneficiário: Sara Conceição de Miranda  
Titular: Flávia Gentil de Souza  
Dentista: Flávia Gentil de Souza CRO/UF: 117523

|                                         |                                                              |                                                   |                                                               |                                            |                                                   |                                                     |  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                         | Decídua ( )                                                   |                                            |                                                   |                                                     |  |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                                                 | Classe II <input checked="" type="checkbox"/>     | Divisão 1ª ( )                                                | Subdivisão Direita ( )                     | Classe III ( )                                    | Subdivisão Direita ( )                              |  |
|                                         |                                                              |                                                   | Divisão 2ª ( )                                                | Subdivisão Esquerda ( )                    |                                                   | Subdivisão Esquerda ( )                             |  |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( ) | Esquerda I ( ) II ( ) III ( )                     |                                                               |                                            |                                                   |                                                     |  |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )                                              | Desvio Superior:                                  | Direita ( )                                                   | Desvio Inferior:                           | Direita ( )                                       | Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>        |  |
| Relação Transversal:                    | Normal ( )                                                   | Cruzada ( )                                       | Região                                                        | Anterior ( )                               | Unilateral ( )                                    | Bilateral ( )                                       |  |
|                                         |                                                              |                                                   |                                                               | Posterior ( )                              |                                                   |                                                     |  |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo ( )                                      | Acentuado ( )                                                 | Normal ( )                                 | Positivo ( )                                      | Acentuado ( )                                       |  |
|                                         |                                                              | Negativo ( )                                      | Moderado ( )                                                  | Overbite:                                  | Negativo ( )                                      | Moderado ( )                                        |  |
|                                         |                                                              |                                                   | Leve ( )                                                      |                                            |                                                   | Leve ( )                                            |  |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta ( )                                          | Baixa ( )                                                     | Normal <input checked="" type="checkbox"/> |                                                   |                                                     |  |
|                                         | Inferior                                                     | Alta ( )                                          | Baixa ( )                                                     | Normal <input checked="" type="checkbox"/> |                                                   |                                                     |  |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                | Retruída ( )                                      | Bem Posicionada Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/> | Protruída ( )                              | Retruída ( )                                      | Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| 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 ( )                                                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 | :                                                             | Não ( )                                    | 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 ( )                                                      | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |                                                               | Não ( )                                    | 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: Espero inter os dentes / Protrusão

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ☒  
Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ( ) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
Descrever Técnica: aparelho fixo - alinhar simular, fechar quadrantes  
- 36/46 - 35/45 - maxilar e mandibular

|                                                           |                                                   |                          |                                                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| 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 <input checked="" type="checkbox"/>     | Desfavorável ( )         | Duvidoso ( )                                      |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>24</u>                                         |                          |                                                   |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não <input checked="" type="checkbox"/>           | 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.  
06.05.24 Sara Conceição Miranda 06.05.24  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário Data  
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.  
Flávia Gentil  
Assinatura do Dentista  
ODONTOLOGIA  
CRO 117.523