

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0021 901

Beneficiário: Jerandir Gonçalves

Titular: Jurandir Gonçalves

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 22326-SC

|                                         |                              |                                                 |                     |                          |                                                 |                         |                    |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|
| Dentição:                               | Permanente ( )               | Mista ( )                                       | Decídua ( )         |                          |                                                 |                         |                    |  |  |  |  |  |
| 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 ( )                                     | 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 ( )               |                                                 |                         |                    |  |  |  |  |  |
|                                         | Inferior                     | Alta ( )                                        | Baixa ( )           | Normal ( )               |                                                 |                         |                    |  |  |  |  |  |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                                    | Bem Posicionada ( ) | Protruída ( )            | Retruída ( )                                    | 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 ( )                      | 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 Dentes tortos

|                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                                    |                           |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| Plano de Tratamento:                                                                                                                                                                      | Preventiva ( )                                     | Interceptiva ( )                                   | Ortopédica ( )            | Corretiva (X)                                      |
| Aparatologia:                                                                                                                                                                             | Ortopédica Funcional ( )                           | Fixa (X)                                           | Ortopédica Extra Oral ( ) | Removível ( )                                      |
| Descrever Técnica: Alinhar, nivelar, planificar curva de Spee, utilizar elástico intermaxilar para descruzar a mordida e corrigir a classe 2 e fechar os diastemas com elástico corrente. |                                                    |                                                    |                           |                                                    |
| Exodontias:                                                                                                                                                                               | 18 17 16 15 14 13 12 11<br>48 47 46 45 44 43 42 41 | 21 22 23 24 25 26 27 28<br>31 32 33 34 35 36 37 38 | Desgaste Inter proximal:  | 18 17 16 15 14 13 12 11<br>48 47 46 45 44 43 42 41 |
| Anclagem Superior (tipo):                                                                                                                                                                 |                                                    | Inferior (tipo):                                   |                           |                                                    |
| Prognóstico                                                                                                                                                                               | Favorável (X)                                      | Desfavorável ( )                                   | Duvidoso ( )              |                                                    |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.

19 / 11 / 24  
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

18/11/24  
Date

## Data

Assinatura Profissional e Carimbo