

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202550802700000101

Beneficiário: CAMILIA SACRAMENTO LIMA

Titular:

Dentista: SUZANA FERREIRA DA COSTA

CRO/UF: 0332441

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:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>-10 mm</u>	Inferior (em mm) <u>-6 mm</u>	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ☒	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente:

DENTES DE CIMA MUITO TORÇOS

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: AP. FAO METAL BOM + FAOSISOS, 34 e 44. ALINHAR E NIVELAR (SMILES SUP), FECHAR ESPAÇO 34 MELHORANDO DESVIO LM E COLOCANDO CANINOS EM CLASSE I

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): NÃO Inferior (tipo): NÃO

Prognóstico: Favorável () Desfavorável () Duvidoso ☒ Pac. CLT ESE N VAI FAZER ORTOGNÁTICA

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo