

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.1234485.000001.04

Beneficiário: Maria Eduarda Aureliano Muscalu

Titular:

Dentista: Antonio Fernando Lima

CRO/UF: 133448/SP

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Decídua <input type="checkbox"/>				
Classificação de Angle:	Classe I <input type="checkbox"/>	Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/>	Divisão 2ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>	Classe III <input type="checkbox"/>	Subdivisão Direita <input type="checkbox"/>	Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>
	Relação Canina: Direita I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Esquerda I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>						
Linha Média:	Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>		Desvio Superior:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior:	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	
	Desvio Superior:						
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>		Cruzada <input type="checkbox"/>	Região	Anterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>
	Normal				Posterior <input type="checkbox"/>		
Overjet:	Normal		Positivo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/>
			Negativo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Overbite:	Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Moderado <input checked="" type="checkbox"/>
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>			
	Inferior	Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>			
Maxila:	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/>	
			()				
Apinhamento:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Reabsorção Óssea:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Discrepância de Modelos:		Superior (em mm) 4	Inferior (em mm): 3				
Dor ou Ruído Articular:	Direita <input type="checkbox"/>		Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/>			
	Esquerda <input type="checkbox"/>			Esquerda <input type="checkbox"/>			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Cirurgia Ortognática <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/> Pré Protéticas <input type="checkbox"/>			
	Sim <input type="checkbox"/>						

Queixa Principal do Paciente: **DENTES DESALINHADOS**

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>
Descrever Técnica:	ALINHAMENTO, NIVELAMENTO, AJUSTES OCULSAIS E PROXIMAS, CORREÇÃO DA LINHA MÉDIA E MORDIDA PROFUNDA.			

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):
Favorável <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorável <input type="checkbox"/>
Desfavorável <input type="checkbox"/>	Dúvidoso <input type="checkbox"/>

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):

Paciente Possui Aparelho Instalado Não Sim Há quanto tempo? **24 MESES**
Previamente?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

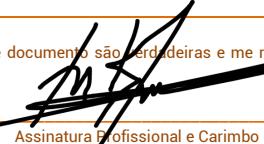
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

26 / 09 / 2025

Data

/ /
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário


Assinatura Profissional e Carimbo