

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.411679 0000001.03

Beneficiário: Emanuelle Maiel Dias de Oliveira

Titular:

Dentista: Thain Camaron

CRO/UF: 103528

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()																
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª ()					Subdivisão Direita ()					Classe III (X)	Subdivisão Direita ()					Subdivisão Esquerda (X)
			Divisão 2ª ()					Subdivisão Esquerda ()						Subdivisão Esquerda ()					
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()																	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X)					Desvio Inferior:	Direita ()					Esquerda ()	Esquerda ()				
			Esquerda ()						Esquerda ()										
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região					Anterior ()	Unilateral ()					Bilateral ()					
			Posterior ()																
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()					Normal ()	Positivo ()					Acentuado ()					
			Moderado ()						Negativo ()						Moderado ()				
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()					Normal (X)	Normal (X)					Alta ()	Baixa ()				
			Baixa ()						Normal (X)						Baixa ()				
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()					Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada ()									
Apinhamento:	Sim (X)	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 (X)	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	Radiculær:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28												
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)	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 (X)																		
	Sim ()	Fonoaudiologia ()					Otorrinolaringologia ()					Cirurgia Ortognática ()							
											Implantes ()								
											Pré Protéticas ()								

Queixa Principal do Dentes quimbrados

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

Descrever Técnica:

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):				
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 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.

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Dr. Thais Canelas
documento são verdadeiras e me responsabilizo
Cirurgiã - Dentista
CROSP 103.328
Assinatura Profissional e Carimbo