

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202531174000045702

Beneficiário: Alessandra Souza Freire

Titular:

Dentista: Brenola Coriolante

CRO/UF: 5025

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista ( )	Decídua ( )										
Classificação de Angle:	Classe I ( )	Classe II ( )	Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )	Classe III ( )	Subdivisão Direita ( )	Subdivisão Esquerda ( )						
	Relação Canina: Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) Esquerda I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> III ( )												
Linha Média:	Coincidente ( )		Desvio Superior:	Direita ( )	Desvio Inferior:	Direita ( )	Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>						
	Esquerda ( )		Região		Anterior ( )	Unilateral ( )	Bilateral ( )						
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada ( )			Posterior ( )								
	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ( )	Acentuado ( )			Normal ( )	Positivo ( )	Acentuado ( )					
Overjet:	Negativo ( )	Moderado ( )	Overbite:			Negativo ( )	Moderado ( )	Leve <input checked="" type="checkbox"/>					
	Leve ( )					Normal ( )	Negativo ( )	Moderado ( )					
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ( )	Baixa ( )	Normal ( )									
	Inferior	Alta ( )	Baixa ( )	Normal ( )									
Maxila:	Protruída ( )	Retruída ( )	Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/> mandibula <input checked="" type="checkbox"/>	Protruída ( ) Retruída <input checked="" type="checkbox"/>		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 <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 ( )	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 <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 Superior (em mm)				Inferior (em mm):									
Modelos:													
Dor ou Ruído Articular:	Direita ( )	Dor Muscular	Direita ( )										
	Esquerda ( )		Esquerda ( )										
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>												
	Sim ( )	Fonoaudiologia ( )	Otorrinolaringologia ( )	Cirurgia Ortognática ( )	Implantes ( )		Pré Protéticas ( )						

Queixa Principal do Paciente:	<u>Dores continuadas ao falar e ao articular</u>															
Plano de Tratamento:	Preventiva ( )	Interceptiva ( )	Ortopédica ( )	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>												
	Ortopédica Funcional ( )	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral ( )	Removível ( )												
Aparatologia:	<u>continuar o tratamento com alinhadores e miorelaxantes, que já estão em uso</u>															
	<u>e eletrônicos para corrigir a ligeira retrusão e a classe II</u>															
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												
Inferior (tipo):																
Ancoragem Superior (tipo):		Favorável <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorável ( )	Duvidoso ( )												
Prognóstico																
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):		<u>24 meses</u>		Há quanto tempo?	<u>3 anos</u>											
Paciente Possui Aparelho Instalado		Não ( )		Sim <input checked="" type="checkbox"/>												
Previvamente?																
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.																
<u>14/02/2022</u> <u>Alessandra Souza Freire</u>																
Assinatura Profissional e Carimbo																

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo à Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.  
14/02/2022  
 Assinatura Beneficiário  
 Data da Consulta Inicial

Data: 14/02/2022