



Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário

Beneficiário:

Titular:

Dentista:

0020 851 0550 600004201

Sueli Mariana de O. Marques da Cruz

CRO/UF: 131150

Exatidão geral do dente

Dentição	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()				
Linha Média	Coincidente ()	Desvio Superior	Direita ☒	Esquerda ()	Desvio Inferior	Direita ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Posterior ()	Unilateral ()
Overjet	(X) Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒	Negativo ()	Moderado ()
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
	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
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
	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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm)			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()			
	Esquerda ()		Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

Oclusão Região Caninos

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

Descrever Técnica: Instalação sup e inf. Fios 014 Niti AO 019x25 sup, Alinhamento e Nivelamento Max. classe II, Intercuspidação do aparelho Crossbite, Ajustar linha média Para finalização contínuo Aretato sup e inf 3x3 fixo.

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):	
Prognóstico:	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 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.

01.04.24

Assinatura Beneficiário

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

01.04.24

Data

Dr. Emanoel Gomes

Cirurgião Dentista

131150

Assinatura Profissional e Carimbo