

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025.205500603467802

Beneficiário: Joana Maria Macedon Benconi

Titular: Mauro Celso Benconi

Dentista: Denise Rangel do Amaral David Nasser CRO/UF: 76040-SF

|                                         |                              |                                                 |                          |                          |                                                 |                         |
|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                                       | Decídua ( )              |                          |                                                 |                         |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II ( )                                   | Divisão 1ª ( )           | Subdivisão Direita ( )   | Subdivisão Esquerda ( )                         | Subdivisão Esquerda ( ) |
|                                         |                              |                                                 | Divisão 2ª ( )           | Subdivisão Esquerda ( )  | Subdivisão Esquerda ( )                         | Subdivisão Esquerda ( ) |
| Relação Canina:                         | Direita I (X) II ( ) III ( ) | Esquerda I ( ) II ( ) III ( )                   |                          |                          |                                                 |                         |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior                                 | Direita ( )              | Desvio Inferior:         | Direita (X)                                     | Esquerda ( )            |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                                     | Região                   | Anterior ( )             | Unilateral ( )                                  | Bilateral ( )           |
|                                         |                              |                                                 |                          | Posterior ( )            |                                                 |                         |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo (X)                                    | Acentuado ( )            | Normal (X)               | Positivo ( )                                    | Acentuado ( )           |
|                                         |                              | Negativo ( )                                    | Moderado ( )             | Overbite:                | Negativo ( )                                    | Moderado ( )            |
|                                         |                              |                                                 | Leve ( )                 |                          |                                                 | Leve ( )                |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta (X)                                        | Baixa ( )                | Normal ( )               |                                                 |                         |
|                                         | Inferior                     | Alta ( )                                        | Baixa ( )                | Normal (X)               |                                                 |                         |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruida ( )                                    | Bem Posicionada          | Protruída ( )            | Retruida ( )                                    | Bem Posicionada ( )     |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                      | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 | Diastemas                | Sim (X)                  | 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 ( )                  | 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 ( )                      | 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 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 ( )                      | Fonoaudiologia ( )                              | Otorrinolaringologia ( ) | Cirurgia Ortognática ( ) | Implantes (X)                                   | Pré Protéticas ( )      |
|                                         | Sim ( )                      |                                                 |                          |                          |                                                 |                         |

Queixa Principal do Paciente: Diastemas

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

Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ( ) Ortognática Extra-Oral ( )

Descrever Técnica: alinhamento, nivelamento e fechamento dos espaços e correção da linha média

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): Favorável (X) Desfavorável ( ) Duvidoso ( )

Prognóstico

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

20.09.19 + Benconi

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

17.09.20 [assinatura]

Data

Assinatura Profissional e Rubrica

Dra. Denise Rangel do Amaral  
David Nasser  
Cirurgiã - Dentista  
CROSP 76.040