

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 2025117151000029401
 Beneficiário: Thayla Caroline dos Santos Tojoli
 Titular: Thayla Caroline dos Santos Tojoli
 Dentista: Sabrina Daniele Gouveia Gomes

CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()	
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ☒
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	Desvio Inferior:	Direita () Esquerda ☒
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()	Anterior () Posterior ☒
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região	Normal () Positivo () Negativo ☒
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado () Leve ☒	Overbite: Normal ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒	Protruída () Retruida ☒
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicul: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):		
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()	NAS
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Mordida Cruzada do lado esquerdo.

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

Descrever Técnica: Usando aparelho atual pois a oclagem está boa, avançar os fios e iniciar mecânica de elástico para descurtar a mordida.

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): NAS Inferior (tipo): NAS
 Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico: NAS
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 18 meses Sim ☒ Não ()
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não Há quanto tempo? há tempo

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

29/11/24 Sabrina
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

05/12/24
 Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Sabrina D. G. Gomes
 Dra. Sabrina D. G. Gomes
 Ortodontista
 CRO: 94813