

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025115795900013403

Beneficiário: Carolina Krause

Dentista: Antonio de Mattos R.

CRO/UF: 1483

Dentição:	Permanente ()	Mista ()	Decídua ()
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 ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (✓) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (✓)	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal (✓)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida (✓)	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	Diastemas Sim () Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	Radicular: Sim () Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Continuar tratamento ortodôntico

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

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 ()	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Prognóstico			
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (✓)	Há quanto tempo? <u>4 meses</u>

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
14.12.24 Carolina Krause
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
14.12.24 CINICA ODONTOCOSTA LTDA
Data Assinatura