

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202510875100604204
Beneficiário: Gregory Jtadninski da Silva
Titular:
Dentista: Fernando Amorim Rinaldi de Almeida CRO/UF: 20339-PR

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()	
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III (X)	Esquerda I (X) II () III ()		
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior: Direita ()
			Esquerda ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()
				Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal (X)
		Negativo ()	Moderado ()	Positivo ()
Overbite:			Leve ()	Negativo ()
				Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada	Protruída ()
				Retruída ()
				Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	-	Inferior (em mm):	-
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	-
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
			Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos".

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Continuar alinhamento e nivelamento, elásticos classe III direta, torques, intercuspidações e finalizações.			

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): tubo Inferior (tipo): tubo
 Prognóstico Favorável (☒) Desfavorável (☐) Duvidoso (☐)

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim (X) Há quanto tempo? 12 meses

Dr. _____

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

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Professionale Carlo