

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025082838 000 8302

Beneficiário: Jatione Medeiros Cavalcante de Oliveira

Titular:

Dentista: Dra. Giovanna Zaccaria Lurton Mariano

CRO/UF: 11957

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Classe III ()
	Divisão 1ª ()	Divisão 2ª ()	
	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
		Direita ☒ 1,5 mm	Direita ()
		Esquerda ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
		Anterior ()	Unilateral ()
		Posterior ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo ☒	Acentuado ()
		Negativo ()	Normal ☒
		Moderado ()	Positivo ()
		Leve ()	Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
		Normal ☒	Normal ☒
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
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Sim ()
			Não ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()
			Otorrinolaringologia ()
			Cirurgia Ortognática ()
			Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

apinhamento da região anterior

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	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):

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.

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

