

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025.205386.00032203
Beneficiário: Isabelly de Medeiros Fernandes
Titular: Estelima Nascimento de Medeiros
Dentista: Maily Pacheco Duarte CRO/UF: SC

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decidua ()	
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II (X) III ()		
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:
			Esquerda ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()
				Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ()
		Negativo ()	Moderado ()	Positivo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()
	Inferior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada Mandíbula ()	Protruída ()
				Retruída (X)
				Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim (X)
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	Não ()
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)	98	Inferior (em mm):	87
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()
	Sim ()			Implantes ()
				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

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

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 (X) Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 18 meses
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (X) Sim () Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto, assim como autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
17/01/23 Data da Consulta Inicial
[Assinatura] Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
23/03/23 Data
Dra. Maily Pacheco Duarte
CPF 052.495.139-05
Cirurgiã Dentista e Carimbo
CRO/SC 17.183