

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202505212990000102

Beneficiário: HAIRA EMANUELLY RAMOS DOS SANTOS

Titular: x HAIRA EMANUELLY RAMOS DOS SANTOS

Dentista: x IAN BRUNO MENDONÇA MARTINS

CRO/UF: x 31756-PR

Dentição:	Permanente ()	Mista (x)	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (x) Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal (x)
	Inferior	Alta ()	Baixa () Normal (x)
Maxila:	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada (x)
Apinhamento:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Diastemas Sim (x)
	Não ()	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 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	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) 2mm	Inferior (em mm): 2mm	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () 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 (x)	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional (x)	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	USO DE KLAMMT COM EXPANSOR E MOLAS DIGITAS NOS INCISIVOS; FAZER A EXPANSÃO LENTA DA MAXILA DE 1/4 POR MÊS ATÉ Atingir o estágio desejado, ao mesmo tempo fazer ativação das molas para projeção dos incisivos.			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	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):	MOVEL	Inferior (tipo):	MOVEL	
Prognóstico	Favorável (x)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	10 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (x)	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.

10/04/24
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

10/04/24
DataIan Bruno Mendonça Martins
Cirurgião Dentista
Assinatura Profissional e Carimbo
CRO/PR 31756