

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário:

Beneficiário: ANA CAROLINA THOMAS RIBEIRO

Titular: 00 20 25 47 36 9 6 0000 101

Dentista: PAULA CORTEZ

CRO/UF: 35343

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta (X)	Baixa ()
Maxila:	Protruída (X)	Retruída ()	Bem Posicionada

Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):
--------------------------	------------------	-------------------

Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular (X)	Direita ()
	Esquerda ()	Esquerda ()	

Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim (X)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()
---	---------	---------	--------------------	--------------------------	--------------------------	---------------	--------------------

Queixa Principal do Paciente: Diastema

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
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):	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso (X)
----------------------------	---------------	------------------	--------------

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

Data da Consulta Inicial: 27/07/22
Assinatura Beneficiário: Ana Carolina T. Ribeiro

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

Data: 27/07/22
Assinatura Profissional: Paula Cortez
CRO/RJ 35343