

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025052329900000102

Beneficiário: Gracielle Laiane Ramos

Titular: HAIZA EMMUELLY RAMOS DOS SANTOS

Dentista: IAN BRUNO MENDONÇA MARTINS

CRO/UF: 31756-PB

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 () Unilateral () Bilateral () 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) 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	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 Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	Não (X)	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não (X) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>2 mm</u>	Inferior (em mm) <u>2 mm</u>	
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:	<u>USO DE PLACA DE HAWLEY COM EXPANSOR. ATIVAR 1/4 DE VOLTA POR MÊS (EXPANSÃO LENTA) ATÉ DESCRUZAR A MANDÍBULA. AO TÉRMINO DA EXPANSÃO TIRAR O APARELHO E CONTINUA POR 2 MÊSES.</u>			
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	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):	<u>MÓVEL</u>	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>8 meses</u>			
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.

18/05/24 Gracielle Laiane R. dos Santos
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

18/05/24
Data

Ian Bruno Mendonça Martins
Cirurgião Dentista e Carimbo
CRO/PR 31756