

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Maia Isadora Gonçalves Soares

Titular: _____

Dentista: Melissa dos Reis VerasCRO/UF: 35186-MG

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()																																
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()																												
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()																																	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()																													
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()																													
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()	Normal ()	Positivo ☒	Acentuado ()																													
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ☒																													
			Leve ☒			Leve ()																													
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()																															
	Inferior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()																															
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ()	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 Óssea:	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	Direita ()	Esquerda ()																															
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()																												

Queixa Principal do Paciente: dentes tortos.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: bidimensional.

Exodontias: 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

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

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Não ☒ Sim () Há quanto tempo?

Previamente?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

14/06/23

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

14/06/23

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dr.ª Melissa Veras
Especialista Ortodontia
Perita Judicial
CRO-MG 35186