

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00 202501055060 2397802Beneficiário: FRANCINEIDE ARAUJO MORENO

Titular:

Dentista: MOHAMAD HUSSEIN LANGVINSKI CHAHINECRO/UF: 139970

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 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	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

Mb. Oclusão

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Instalação Ap. fixo metálico - alinhamento e nivelamento do dente com uso de fios mais rígidos progressivamente - correção da mb. oclusão com elásticos intermaxilares</u>			

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):	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>30 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒	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.

23 / 06 / 25

Data da Consulta Inicial

Francineide A.M.

Assinatura Beneficiário

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

23 / 06 / 25

Data

Assinatura Profissional e Carimbo