

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: **00202510550601818002**
 Beneficiário: **Guilherme Dias Suzuki**
 Titular:
 Dentista: **Sabrina Almeida Garcia**

CRO/UF: **94379**

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ☒	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ☒ Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ☒
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior ☒ Unilateral ☒ Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ☒	Baixa ☒ Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒ Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sím ☒ Não ()	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	Diastemas Sím () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sím () Não ☒	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	Radicular: Sím () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sím ()	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:	Aparelho fixo Roth, tubos superiores em 1º e 2º molares, tubos inferiores em 1º molares, mini-implante para ancoragem de distalização do 13 desde a enca do 14, alinhamento, nivelamento, elásticos de intercuspidação			
Exodontias:	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	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	
Ancoragem Superior (tipo):	Tubos / Mini implante		Inferior (tipo):	Tubos
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒	Sím ()	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.

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade integralmente por elas.

08/09/2020 **Guilherme Dias Suzuki** **08/09/20**
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário Data

Sabrina Almeida Garcia
 Cirurgiã Dentista
 CROSP 94379

Assinatura Profissional e Carimbo

Código Beneficiário: 0020251054060173302

Beneficiário: marli Gushane da Silva

Titular:

Dentista: Sabrina Almeida Garcia

CRO/UF: 94379

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ☒	

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Aparelho fixo Roth; tubos 16, 17, 26, 27, 37, 46; intrusão de 26, slices para 25 entrar no arco, sendo necessário aumento de dimensão vertical para desobstruir a mordida, alinhamento, nivelamento.</u>			
Exodontias:	<u>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</u>			
Ancoragem Superior (tipo):	<u>Tubos</u>		Inferior (tipo): <u>Tubos</u>	
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 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.

08.09.2020 Marli Gushane da Silva

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

08.09.20

Data

Sabrina Almeida Garcia
Cirurgiã Dentista
CROSP 94379

Assinatura do Profissional

Código Beneficiário: 0020253063240000105

Beneficiário: Larissa Gonçalves Cardano

Titular:

Dentista: Sabrina Almeida Garcia

CRO/UF: 94379

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I () II () III ☒	Classe III () Subdivisão Direita ☒ Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior ☒ Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒ Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒ Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas Sim () Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: O canino direito chama muita atenção.

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Técnica Roth, tubos superiores e inferiores, leves desgastes interproximais anteriores superiores e inferiores para pequena vestibularização superior e diluição do apinhamento e retração leve anterior inferior para melhora de mordida em tipo Elástico Cl. III.

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): Tubos Inferior (tipo): Tubos.
Prognóstico Favorável () Desfavorável () Duvidoso ☒

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses.

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.

08/09/20
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

08/09/20.
Data

Dra. Sabrina Almeida Garcia
Cirurgia Dentista
CRO/SE 94379

Assinatura Profissional e Carimbo

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 0 25 307 26 1 00000 101

Beneficiário: Servando Telhado

Titular:

Dentista: Sabrina Almeida Garcia

CRO/UF: 94379.

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ☒	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª ☒ Subdivisão Esquerda ☒
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	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	Diastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	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	Radicular: Sim () Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não () Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes ☒ Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Técnica Roth, tubos em melares, platô anterior para aumento de dimensão vertical, retração anterior superior fechando diastema, leve vestibularização inferior diluindo apinhamento, elásticos Cl II esquerdo e intercuspidação

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): Tubos Inferior (tipo): Tubos
Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses

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.

08/09/2020

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

08/09/20

Data

Dra. Sabrina Almeida Garcia
Cirurgiã Dentista
CROSP 94379

Assinatura Profissional e Carimbo