

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00 2025 48 99 09 000 00 101

Beneficiário: Amanda Carolina Selenio

Titular:

Dentista: RODRIGO MELÃO

CRO/UF: SP 126717

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 () 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 ☒)	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
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
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: Alisotomia superior e inferior

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Tratamento ortodôntico fixo com alinhamento e alinhamento decorado - técnica self-aligning, elástico intra oral

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

Ancoragem Superior (tipo): Conjuguado Amarelho Inferior (tipo): Conjuguado Amarelho
 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.
21/07/2022 Amanda C. Selenio
 Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
21/07/2022
 Data

Rodrigo Melão
 Assinatura Profissional e Carimbo
 Cirurgião-Dentista
 CRO SP 126717