

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025.1113952.0000.4001
Beneficiário: Luiz Carlos Messias dos Santos
Titular: Luiz Carlos Messias dos Santos
Dentista: Brune Luis da Costa CRO/UF: 22457

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	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 ()		
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior: Direita ()
			Esquerda ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região	Anterior ()
				Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo (X)	Acentuado ()	Normal (X)
		Negativo ()	Moderado ()	Positivo ()
			Leve (X)	Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (X)	Normal ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída (X)	Bem Posicionada	Protruída ()
			Mandíbula ()	Retruída (X)
Apinhamento:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim (X)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	4 mm	Inferior (em mm):	2 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ()		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Implantes (X)
	Sim (X)		Ortognáptica ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Apinhamento

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica: <u>Alinhamento e nivelamento / preparo do espaço distal 15 com mola / injeção 27 no fio / intercepções / Remoção 7 contornos / encaminhamento para prótese</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 (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	30 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ()	Sim (X)	Há quanto tempo?	3 meses

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.
27/02/25
Data da Consulta Inicial

Luiz Carlos Messias dos Santos
Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
27/02/25
Data

Brune Luis da Costa
Assinatura Profissional e Carimbo