

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025117456600000101

Beneficiário: Barbara Helen Candido Bezerra

Titular: Barbara Hellm Condiado Bezerra

Dentista: Karina Kiss Sebastião Ferreira

CRO/UF: 100.592

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()											
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ☒	Divisão 2ª ☒	Subdivisão Esquerda ()	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 ()	Posterior ()							
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()	Negativo ()	Moderado ()	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)	+7	Inferior (em mm):	+7										
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:

Espace inférieur et dent de luité

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

Descrever Técnica: Aparelho fixo metálico para alinhar e nivelar dentes, tiró que está n
dente de leite 63 superior para fazer a orelha de mordida. Serão
funcionados os dentes para fechar diastema inferior e espaço de dente de leite 63

Exodontias: Simu

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	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

Desgaste Inter proximal:

Ancoragem Superior (tipo): em melares Inferior (tipo): em melares

Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒ (X)	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.

19/03/25
Data da Consulta Inicial

X Barbara Helton
Assinatura Beneficiário

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

19/03/25
Date

Assinatura Profissional e Carimbo