

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025110152000000101
Beneficiário: CAROLINE CRISTINE DA SILVA
Titular:
Dentista: REGIMAR SILVA DE SOUZA CRO/UF: 14835

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

Queixa Principal do *Abandono da esposa e filhos*

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	ROTH, alinhamento mais microlamente e Correção de linha média			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 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				
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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Professionale:  48358