

**Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico**

Código Beneficiário: 002.023.2468.79.00007805  
Beneficiário: Ima Rosaura Gomes  
Titular: Fernando Mano Lirio de Almeida CRO/UF: 22339PR  
Dentista: Fernando Mano Lirio de Almeida

|                                         |                                                              |                                                               |                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>               | Mista ( )                                                     | Decídua ( )      |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>                 | Classe II ( )                                                 | Classe III ( )   |
| Relação Canina:                         | Direita I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) | Esquerda I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) |                  |
| Linha Média:                            | Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>              | Desvio Superior:                                              | Desvio Inferior: |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                   | Cruzada ( )                                                   | Região           |
| Overjet:                                | Normal                                                       | Positivo ( )                                                  | Acentuado ( )    |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                                                     | Alta ( )                                                      | Baixa ( )        |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                                                | Retruída ( )                                                  | Bem Posicionada  |
| Apinhamento:                            | Sim ( )                                                      | Não <input checked="" type="checkbox"/>                       |                  |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim ( )                                                      | Não <input checked="" type="checkbox"/>                       |                  |
| 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: "Dente torto"

|                                                           |                                                                                                            |                                          |                                                 |                                               |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Plano de Tratamento:                                      | Preventiva ( )                                                                                             | Interceptiva ( )                         | Ortopédica ( )                                  | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aparatologia:                                             | Ortopédica Funcional ( )                                                                                   | Fixa <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral ( )                       | Removível ( )                                 |
| Descrever Técnica:                                        | <u>Interclusão, recolagem dos broquetes quebrados, torque final e ancoragem e acompanhamento de moagem</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 |                                               |
| Ancoragem Superior (tipo):                                | <u>tubo</u>                                                                                                | Inferior (tipo):                         | <u>tubo</u>                                     |                                               |
| Prognóstico                                               | Favorável <input checked="" type="checkbox"/>                                                              | Desfavorável ( )                         | Duvidoso ( )                                    |                                               |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>12 meses</u>                                                                                            |                                          |                                                 |                                               |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não ( )                                                                                                    | Sim <input checked="" type="checkbox"/>  | Há quanto tempo?                                | <u>12 meses</u>                               |

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

Fernando M. P. de Almeida  
Cirurgião Dentista  
CRO/PR 22.339