

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 0020254524870000202

Beneficiário: Marcia Fernanda Ferreira Martins

Titular:

Dentista: Angelica P. Pires

CRO/UF:

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª (X) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	Classe III (X) Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda (X)
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (X) Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal (X)
	Inferior	Alta ()	Baixa () Normal (X)
Maxila:	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída (X) Retruida () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não (X)	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	Diastemas: Sim (X) Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim (X) Não ()	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	Radicular: Sim () Não ()
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 (X)	Fonoaudiologia () (X) Fisioterapia	Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Espaços entre os dentes

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

Exodontias: 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

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

Ancoragem Superior (tipo): Prognóstico Favorável () Desfavorável () Duvidoso ()
Inferior (tipo):

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.

16.04.22 - Marcia Martins
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

16.04.22
Data

CSP
Dra. Angelica Pires
Ortodontista
CRO SC 20438