

**Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico**

Código Beneficiário: 00202511139580001701  
Beneficiário: Cherline Jean Louize  
Titular: Cherline Jean Louize  
Dentista: Dra. Laila Vigo CRO/UF: 21.646/PR

|                                         |                              |                                                                                                    |                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                                                                                          | Decidua ( )                                                                                                                  |
| Classificação de Angle:                 | Classe I (X)                 | Classe II ( )                                                                                      | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )                                              |
| Relação Canina:                         | Direita I (X) II ( ) III ( ) | Esquerda I (X) II ( ) III ( )                                                                      |                                                                                                                              |
| Linha Média:                            | Coincidente (X)              | Desvio Superior: Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                       | Desvio Inferior: Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                 |
| Relação Transversal:                    | Normal (X)                   | Cruzada ( )                                                                                        | Região Anterior ( )<br>Posterior ( )                                                                                         |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo (X)<br>Negativo ( )                                                                       | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve (X)                                                                                    |
| Inclinação Dentária:                    | Superior                     | Alta (X)<br>Inferior                                                                               | Baixa ( )<br>Normal ( )                                                                                                      |
| Maxila:                                 | Protruída (X)                | Retruída ( )                                                                                       | Bem Posicionada Mandibula ( )<br>Protruída ( ) Retruída (X) Bem Posicionada ( )                                              |
| Apinhamento:                            | Sim ( )<br>Não (X)           | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Diastemas Sim (X) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Reabsorção Ossea:                       | Sim (X)<br>Não ( )           | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | Radicular: Sim ( )<br>Não ( )                                                                                                |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm) 3mm         | Inferior (em mm) 3mm                                                                               |                                                                                                                              |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )  | Dor Muscular                                                                                       | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                                                                  |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não ( )<br>Sim ( )           | Fonoaudiologia ( )                                                                                 | Otorrinolaringologia ( )<br>Cirurgia Ortognática ( )<br>Implantes (X)<br>Pré Protéticas ( )                                  |

Queixa Principal do Paciente: Fechas Diastemas e Alinhamento

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva (X)  
Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa (X) Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
Descrever Técnica: Alinhamento e Nivelar  
Fechas Diastemas

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): Favorável (X) Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Prognóstico: Favorável (X)  
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.

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

Data da Consulta Inicial: 20/03/24  
Assinatura Beneficiário: Cherline Jean Louize

Data: 03/09/24  
Assinatura Profissional e Carimbo: Laila Vigo

Periograma

Nome do Profissional Executante:

*Cristiane Pinheiro Campelo*

CRO/UF: 33.656/PR

Guia: 1843049

Data do Exame: 09/04/24

Nome do Beneficiário:

*Christine Jean Louque*

| DENTE  | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| FACE   | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  |
| Bolsa  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Reces. |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Bolsa  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Reces. |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MOBILIDADE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FURCA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| DENTE  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| FACE   | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  | C  | M  | D  |
| Bolsa  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Reces. |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Bolsa  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Reces. |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MOBILIDADE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FURCA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DATA: 03/09/24

*Cristiane Pinheiro Campelo*  
Cirurgia-Dentista  
CRO PR 33656

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante