

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 02532 569 00000 101

Beneficiário: Allan Pessoa Ryende

Titular:

Dentista: Yamanta Monina Dutu

CRO/UF: 111627

|                                         |                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                             |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>                                                        | Mista <input type="checkbox"/>                                                                          | Decídua <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                                                             |
| Classificação de Angle:                 | Classe I <input type="checkbox"/>                                                                     | Classe II <input checked="" type="checkbox"/>                                                           | Divisão 1 <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/><br>Divisão 2 <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/> | Classe III <input type="checkbox"/>                                                      | Subdivisão Direita <input type="checkbox"/><br>Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/> |
| Relação Canina:                         | Dirita I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> | Esquerda I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                             |
| Linha Média:                            | Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | Desvio Superior:<br>Esquerda <input type="checkbox"/>                                                   | Direita <input type="checkbox"/><br>Esquerda <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | Desvio Inferior:<br>Esquerda <input type="checkbox"/>                                    | Direita <input type="checkbox"/>                                                            |
| Relação Transversal:                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | Cruzada <input type="checkbox"/>                                                                        | Região                                                                                                                                                                                      | Anterior <input type="checkbox"/><br>Unilateral <input type="checkbox"/>                 | Bilateral <input type="checkbox"/>                                                          |
| Overjet:                                | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | Positivo <input type="checkbox"/><br>Negativo <input type="checkbox"/>                                  | Acentuado <input type="checkbox"/><br>Moderado <input type="checkbox"/><br>Leve <input type="checkbox"/>                                                                                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                               | Positivo <input type="checkbox"/><br>Negativo <input type="checkbox"/>                      |
| Overbite:                               | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | Moderado <input type="checkbox"/><br>Leve <input type="checkbox"/>                                      | Overbite:                                                                                                                                                                                   | Normal <input checked="" type="checkbox"/>                                               | Moderado <input type="checkbox"/><br>Leve <input type="checkbox"/>                          |
| Inclinação Dentária:                    | Superior<br>Inferior                                                                                  | Alta <input type="checkbox"/><br>Alta <input type="checkbox"/>                                          | Baixa <input type="checkbox"/><br>Baixa <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Normal <input checked="" type="checkbox"/><br>Normal <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                             |
| Maxila:                                 | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | Retruída <input type="checkbox"/>                                                                       | Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/>                                                                                                                                          | Protruída <input type="checkbox"/><br>Retruída <input type="checkbox"/>                  | Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>                                         |
| Apinhamento:                            | Sim <input checked="" type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/>                               | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                                                       | Diastemas                                                                                                                                                                                   | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/>                  | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                                           |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input checked="" type="checkbox"/>                               | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                                                       | Radicular:                                                                                                                                                                                  | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/>                             | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28                                           |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm) 3mm                                                                                  | Inferior (em mm): 3mm                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                             |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita <input type="checkbox"/><br>Esquerda <input type="checkbox"/>                                 | Dor Muscular <input type="checkbox"/><br>não                                                            | Direita <input type="checkbox"/><br>Esquerda <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                             |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não <input type="checkbox"/><br>Sim <input checked="" type="checkbox"/>                               | Fonoaudiologia <input type="checkbox"/><br>Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/>                | Cirurgia <input type="checkbox"/><br>Ortognática <input type="checkbox"/>                                                                                                                   | Implantes <input checked="" type="checkbox"/>                                            | Pré Protéticas <input type="checkbox"/>                                                     |

Queixa Principal do Paciente:

Dentes tortos

|                      |                                                                                                         |                                          |                                                |                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva <input type="checkbox"/>                                                                     | Interceptiva <input type="checkbox"/>    | Ortopédica <input type="checkbox"/>            | Corretiva <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aparatologia:        | Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>                                                           | Fixa <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/> | Removível <input type="checkbox"/>            |
| Descrever Técnica:   | slot h → alinhamento e nivelamento, uso de molas/ microcâmica com elásticos, molas suspensão - contango |                                          |                                                |                                               |

|             |                                                                                    |                          |                                                   |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| Exodontias: | 18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 <input checked="" type="checkbox"/> 26 27 28 | 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                                  |                          | 48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Ancoragem Superior (tipo): | Inferior (tipo): |
|----------------------------|------------------|

|             |                                               |                                       |                                   |
|-------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Prognóstico | Favorável <input checked="" type="checkbox"/> | Desfavorável <input type="checkbox"/> | Duvidoso <input type="checkbox"/> |
|-------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|

|                                                           |          |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | 30 meses |
|-----------------------------------------------------------|----------|

|                                    |                                         |                                         |                  |
|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| Paciente Possui Aparelho Instalado | Não <input checked="" type="checkbox"/> | Sim <input checked="" type="checkbox"/> | Há quanto tempo? |
|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|

|              |  |  |        |
|--------------|--|--|--------|
| Previamente? |  |  | 3 anos |
|--------------|--|--|--------|

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

09 NOV 2020

Allan P. Ryende

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

09/11/20


 Dra. Yamanta Protte  
 Cirurgião Dentista  
 CRM 1427

Assinatura Profissional e Carimbo