

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Eleison Fernando Chaves

Titular: _____

Dentista: Juliana Beatriz dos Santos Silva

CRO/UF: 49802

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Desvio Superior:	Direita ()	Esquerda ()	
Desvio Inferior:	Direita ()	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Posterior ()			
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()
Negativo ()		Moderado ☒	Overbite:
Leve ()			
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Inferior	Alta ()	Baixa ()	
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒
Protruída ()	Retruída ()		

Apinhamento:	Sim ()	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 ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	

Reabsorção Ossea:	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 () _____ Esquerda () _____

Dor Muscular: Direita () _____ Esquerda () _____

Necessidade de Tratamento Complementar: Não ☒ Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Meus Dentes são para trênte"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ 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): _____ Inferior (tipo): _____

Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.

17/12/22
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

17/12/22
Data

Assinatura Profissional e Carimbo

CENTRO ODONTOLÓGICO
SORRISO

Av. Paraná 577 - 2º andar
(31) 3201-6085 - (31) 98650-748