

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 025 123 2277. 000001. 01

Beneficiário: JAMILA DA SILVA ARAUJO RIBEIRO

Titular:

Dentista: DEBORAH SARILHO DE GIUSTI

CRO/UF: 114948/SP

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()				
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()					
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior:	Direita ☒	Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região	Anterior ()	Unilateral ()	Bilateral ()	
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ☒	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()	
		Negativo ()	Moderado ()	Overbite:	Negativo ()	Moderado ()	
			Leve ()			Leve ()	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ☒	Normal ()			
	Inferior	Alta ☒	Baixa ()	Normal ()			
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11	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	34 35 36 37 38		Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	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 ()	Dor Muscular	Direita ()				
	Esquerda ()		Esquerda ()				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: dentes tortos

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

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Montagem Aparelho, expansão maxila e mandibula, alinhamento e nivelamento

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 ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 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.

02/09/25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

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

02/09/25
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional
Dra Deborah Sarilho de Giusti
Cirurgiã - Dentista
CROSP 114948