



Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00200255 3311 900 342 foz

Beneficiário: Cilany Cristina Lemos

Titular: Tabela

Dentista: Rafael P. Levandouski

CRO/UF:

Dentição:	Permanente ()	Mista (X)	Decídua ()	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (X)	Divisão 1ª ()	Divisão 2ª ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	Desvio Superior:	Direita ()	Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Esquerda (X)	Região
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Anterior ()	Posterior ()	Unilateral ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()	Negativo ()	Overbite: Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal (X)	Normal (Y)
Maxila:	Protruída (X)	Retruida ()	Bem Posicionada	Protruída ()	Retruida ()
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular	Direita ()	Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: dentes supranumerários

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva (X)	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	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Ancoragem Superior (tipo):	Favorável ()	Desfavorável ()	Duvidoso ()		
Prognóstico					
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	16 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.

11.01.2023
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

11.01.2023
Data

Dr. Rafael P. Levandouski
Cirurgião Dentista
CRO-SC 21533