

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025078895500062203

Beneficiário: Arthur Florêncio Cardoso

Titular: João Emilio Cardoso

Dentista: Bianca Paula Pereira dos Santos

CRO/UF: 66569 / MG

Dentição:	Permanente (X)	Mista ( )	Decídua ( )			
Classificação de Angle:	Classe I ( )	Classe II (X)	Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( ) Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( )			
Relação Canina:	Direita I ( ) II (X) III ( )	Esquerda I ( ) II (X) III ( )	Classe III ( ) Subdivisão Direita ( ) Subdivisão Esquerda ( )			
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior: Esquerda ( )	Direita ( ) Desvio Inferior: Esquerda ( )			
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ( )	Região Anterior ( ) Unilateral ( ) Posterior ( ) Bilateral ( )			
Overjet:	Normal	Positivo (X) Negativo ( )	Acentuado ( ) Moderado ( ) Overbite: Leve ( )	Normal (X)	Positivo (X) Negativo ( )	Acentuado ( ) Moderado ( ) Leve ( )
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta ( ) Alta ( )	Baixa ( ) Baixa ( )	Normal (X)		
Maxila:	Protruída ( )	Retruída ( )	Bem Posicionada Mandíbula (X)	Protruída ( )	Retruída ( )	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim (X) Não ( )	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	Diastemas	Sim ( ) Não (X)	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	
Reabsorção Óssea:	Sim ( ) Não (X)	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	Radicular:	Sim ( ) Não (X)	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	
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 ( )	Implantes ( )	Pré Protéticas ( )

Queixa Principal do Paciente: melhorar a mordida

Plano de Tratamento:	Preventiva ( )	Interceptiva ( )	Ortopédica (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional (X)	Fixa ( )	Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )
Descrever Técnica:	Hyrax superior e placa expansora inferior; logo após essa fase irá iniciar com a ortodontia fixa responsável de acordo.		

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 (X) Desfavorável ( ) Dúvidoso ( )

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Não (X) Sim ( ) Há quanto tempo?  
Previamente?

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

16 / 07 / 24



Data da Consulta Inicial

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

16 / 07 / 24



Assinatura Profissional e Carimbo