

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 0020 2529 056 200028 301Beneficiário: Shulel Gonçalves ReisTitular: Shulel Gonçalves ReisDentista: Breno CorreiaCRO/UF: SO25

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Decídua <input type="checkbox"/>				
Classificação de Angle:	Classe I <input type="checkbox"/> <u>n tem</u>	Classe II <input type="checkbox"/>	Divisão 1ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Divisão 2ª <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>	Classe III <input type="checkbox"/>	Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>		
Relação Canina:	Direita <input checked="" type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>		
Linha Média:	Coincidente <input checked="" type="checkbox"/>	Desvio Superior: <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	Desvio Inferior: <input type="checkbox"/>	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>		
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada <input type="checkbox"/>	Região	Anterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>	
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/>	
		Negativo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>		Negativo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	
			Overbite: Leve <input type="checkbox"/>			Leve <input type="checkbox"/>	
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>			
	Inferior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>			
Maxila:	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input type="checkbox"/>	Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>
Apinhamento:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	00000000	28
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não <input type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		
Reabsorção Óssea:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28		
	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/>				
	Articular: Esquerda <input type="checkbox"/>		Esquerda <input type="checkbox"/>				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Fonoaudiologia <input type="checkbox"/>	Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/>	Cirurgia <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/>	Pré Protéticas <input type="checkbox"/>
Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>					
Removível <input type="checkbox"/>							

Queixa Principal do Paciente: Espaço entre os dentes

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"/>

Descriver Técnica: Continuar o alinhamento e nivelante de elementos dentários, remoção de aparelho fixo e colocação de um novo aparelho com colgagem adequada.

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
	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):	Favorável <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorável <input type="checkbox"/>	Dúvidoso <input type="checkbox"/>	Inferior (tipo):
Prognóstico				

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 mesesPaciente Possui Aparelho Instalado Não Sim Há quanto tempo? 2 ANOS

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

01/02/2017

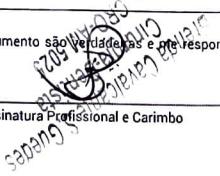
Assinatura Beneficiário

Data da Consulta Inicial

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

01/02/2022

Assinatura Profissional e Carimbo


 Odontolife
Plano Odontológico