

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025122134600002501

Beneficiário: Angelica Karina Castillo Acero

Titular:

Dentista: Karithea Andreoli Correa

CRO/UF: 19547 SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
	Divisão 1ª ()	Divisão 2ª ☒	Divisão 3ª ()
	Subdivisão Direita ()	Subdivisão Esquerda ()	
Relação Canina:	Direita I () II ☒ III ()	Esquerda I () II ☒ III ()	
Linha Média:	Coincidente ☒	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
		Direita ()	Direita ()
		Esquerda ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
		Anterior ()	Posterior ()
		Unilateral ()	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()
		Negativo ()	Overbite:
		Moderado ()	Normal ()
		Leve ()	Positivo ☒
			Negativo ()
			Acentuado ()
			Moderado ☒
			Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
			Normal ☒
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula
			Protruída ()
			Retruída ()
			Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	3	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: PRONHA MENTOS

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

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

Descrever Técnica: COWDEN SUPERIOR + INFERIOR SEQUÊNCIA DE AÇO NIT + AÇO USO DO ELASTICO DE CLASSE II

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): TUBO Inferior (tipo): TUBO

Prognóstico Favorável () Desfavorável () Duvidoso ☒

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 30 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.

Angelica Castillo
Assinatura Beneficiário

Data da Consulta Inicial

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

Karithea Andreoli Correa
Assinatura Profissional e Carimbo

04/12/2025
Data

19547 SC
CRO/UF