

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário:

Beneficiário: 00202531174 0000045703Titular: Ana Cecília Freire de FonscaDentista: Emerson Costa da Fonseca

Breno Cordeiro

CRO/UF: 5025

Dentição:	Permanente ( )	Mista <input checked="" type="checkbox"/>	Decídua ( )					
Classificação de Angle:	Classe I ( )	Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1 <sup>a</sup> ( ) Subdivisão Direita ( )	Divisão 2 <sup>a</sup> ( ) Subdivisão Esquerda ( )	Classe III ( )	Subdivisão Direita ( )	Subdivisão Esquerda ( )	
Relação Canina:	Direita I ( ) II ( ) III ( )	Esquerda I ( ) II ( ) III ( )	(não tem)					
Linha Média:	Coincidente ( )	Desvio Superior: Direita ( )	Desvio Inferior: Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	Direita <input checked="" type="checkbox"/>	Esquerda ( )			
Relação Transversal:	Normal ( )	Cruzada <input checked="" type="checkbox"/>	Região	Anterior ( )	Unilateral <input checked="" type="checkbox"/>	Bilateral ( )		
Overjet:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ( )	Acentuado ( )	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo ( )	Acentuado ( )		
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input checked="" type="checkbox"/>	Baixa ( )	Normal ( )	Negativo ( )	Moderado ( )		
Maxila:	Inferior	Alta ( )	Baixa <input checked="" type="checkbox"/>	Normal ( )	Leve ( )	Leve ( )		
	Protruída ( )	Retruída ( )	Bem Posicionada Mandíbula <input checked="" type="checkbox"/>	Protruída ( )	Retruída ( )	Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>		
Apinhamento:	Sim ( )	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 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 <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	
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 <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 Ruido Articular:	Direita ( )	Dor Muscular	Direita ( )					
	Esquerda ( )		Esquerda ( )					
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim ( )	Fonoaudiologia ( )	Otorrinolaringologia ( )	Cirurgia Ortognática ( )	Implantes ( )	Pré Protéticas ( )	

Queixa Principal do Paciente:

"O cunho não está na boca"

Plano de Tratamento:	Preventiva ( )	Interceptiva <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica <input checked="" type="checkbox"/>	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input checked="" type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral ( )	Removível ( )
Descrever Técnica:	<u>Tentativa de desfazer com aparelhos Hyrax jo intolado, caso não desfaça, então por um quadrubelice para garantir espaço e opção, alveolante e nivelante com aparelhos fixo.</u>			

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 

Desfavorável ( )

Inferior (tipo):

Dúvidoso ( )

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

Paciente Possui Aparelho Instalado

Não ( )

Sim 

Há quanto tempo?

Jan

Previamente?

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

12/01/2022

Assinatura Beneficiário

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

12/01/2022

Data

Assinatura Profissional e Carimbado 5075