

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 00202531174 0000045703
Beneficiário: Ana Ceula Freire da Fonseca
Titular: Emerson Costa da Fonseca
Dentista: Brenda Cavalcante

CRO/UF: 5025

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

Queixa Principal do Paciente: "O canino não está na boca"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva ☒

Aparatologia: Ortodôntica Funcional ☒ Fixa ☒ Ortodôntica ☒ Corretiva ☒
Ortodôntica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Tentativa de desobstrução com aparelho Hyrax já instalado, caso não tenha sucesso, optar por um quadrilátero para garantir espaço e posição, alveolares e nivelamento com aparelhos fixos.

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

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

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não () Sim ☒

Há quanto tempo? 1 ano

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

12/01/2022
Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

12/01/2022
Data

Assinatura Profissional e Carimbo CRO/UF 5025