

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002025 1157 9590 0084 702

Beneficiário: Kera Batista Santos

Titular: Edelson Luiz Santos

Dentista: Guilherme Aguiar Assmann

CRO/UF: 2232651

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II (x)	Divisão 1ª (x) Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II (x) III ()	Esquerda I () II (x) III ()	
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (x)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta (x) Alta (x)	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída (x)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	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	Diastemas Sim (x) Não ()
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)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Frenectomia.	Sim (x) Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos e diastemas.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (x)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (x)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Alinhar, nivelar, planificar curva de Spee, corrigir classe II com plástico intermaxilar, fechar diastemas com plástico corrente (após frenectomia), remoção e finalização e contenção.			
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 ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36 meses			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (x)	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.

25/03/25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

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

25/03/25
Data

[Assinatura]
Assinatura Profissional e Carimbo