

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: Diana Maria Lopes Batista

Titular: _____

Dentista: _____

CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	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 ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ☒
	+ 7,14	Negativo ()	Moderado () Overbite: 1,46
Inclinação Dentária:	Superior 18,83	Alta ☒	Baixa () Normal ()
	Inferior 11,47	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
	Não ()	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
	Não ☒	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):	
	+ 2 mm	+ 2 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: "Dente Torcido"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	1- Alinhar e nivelar 2- Fechar diastemas 3- Intercuspidar 4- Contensão. OBS: tudo será feito após exo do 23 incluso e após melhora do meio bucal (adequação do meio)			
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
Ancoragem Superior (tipo):	#	Inferior (tipo):	#	
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	24 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.

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

01/04/22 x Diana M. Lopes Batista

01/04/22

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura

BUCA MÁXILA
CRO RJ 36897