

## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002.025 110 84 64 000 39 301  
Beneficiário: Tassio Barreto Amaro de Oliveira  
Titular: Tassio Barreto Amaro de Oliveira  
Dentista: Bruno Luis Sá Santos CRO/UF: 22457

|                                         |                              |                                                                                                            |                                                                                 |                               |                                                   |                                                                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentição:                               | Permanente (X)               | Mista ( )                                                                                                  | Decídua ( )                                                                     | Sem classif.                  |                                                   |                                                                                                            |
| Classificação de Angle:                 | Classe I ( )                 | Classe II ( )                                                                                              | Divisão 1ª ( ) Subdivisão Direita ( )<br>Divisão 2ª ( ) Subdivisão Esquerda ( ) | Classe III ( )                | Subdivisão Direita ( )<br>Subdivisão Esquerda ( ) |                                                                                                            |
| Relação Canina:                         | Direita I ( ) II ( ) III (X) | Esquerda I (X) II ( ) III ( )                                                                              |                                                                                 |                               |                                                   |                                                                                                            |
| Linha Média:                            | Coincidente ( )              | Desvio Superior:                                                                                           | Direita (X)<br>Esquerda ( )                                                     | Desvio Inferior:              | Direita ( )<br>Esquerda ( )                       |                                                                                                            |
| Relação Transversal:                    | Normal ( )                   | Cruzada (X)                                                                                                | Região                                                                          | Anterior (X)<br>Posterior (X) | Unilateral ( )                                    | Bilateral ( )                                                                                              |
| Overjet:                                | Normal                       | Positivo ( )<br>Negativo (X)                                                                               | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve (X)                                       | Overbite:                     | Normal ( )<br>Positivo (X)<br>Negativo ( )        | Acentuado ( )<br>Moderado ( )<br>Leve (X)                                                                  |
| Inclinação Dentária:                    | Superior<br>Inferior         | Alta ( )<br>Alta (X)                                                                                       | Baixa (X)<br>Baixa ( )                                                          | Normal ( )<br>Normal ( )      |                                                   |                                                                                                            |
| Maxila:                                 | Protruída ( )                | Retruída ( )                                                                                               | Bem Posicionada                                                                 | Mandíbula                     | Protruída ( )                                     | Retruída ( )<br>Bem Posicionada ( )                                                                        |
| Apinhamento:                            | Sim (X)                      | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |                                                                                 | Diastemas                     | Sim (X)                                           | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Reabsorção Óssea:                       | Sim (X)                      | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |                                                                                 | Radicular:                    | Sim (X)                                           | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>Não ( ) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |
| Discrepância de Modelos:                | Superior (em mm)             | 4 mm                                                                                                       |                                                                                 | Inferior (em mm):             | 8 mm                                              |                                                                                                            |
| Dor ou Ruído Articular:                 | Direita ( )<br>Esquerda ( )  | Dor Muscular                                                                                               | Direita ( )<br>Esquerda ( )                                                     |                               |                                                   |                                                                                                            |
| Necessidade de Tratamento Complementar: | Não ( )<br>Sim (X)           | Fonoaudiologia ( )                                                                                         | Otorrinolaringologia ( )                                                        | Cirurgia Ortognática ( )      | Implantes (X)                                     | Pré Protéticas ( )                                                                                         |

Queixa Principal do Paciente: Ausências / Diastemas

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                                                             |               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Plano de Tratamento: | Preventiva ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Interceptiva ( ) | Ortopédica ( )                                                                                                              | Corretiva (X) |
| Aparatologia:        | Ortopédica Funcional ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fixa (X)         | Ortopédica Extra Oral ( )                                                                                                   | Removível ( ) |
| Descrever Técnica:   | <u>Freio labial sup. - Alinhamento e nivelamento dos arcos, fechamento dos diastemas com elásticos corrente preservando os espaços dos dentes, 26-15-31-41- e 12/22 para futuro aumento (capacidade), controle de classe com elásticos interarquitais, remoção + contenção, encaminhamento para prótese</u> |                  |                                                                                                                             |               |
| Exodontias:          | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>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<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 |               |

|                                                           |                                                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Ancoragem Superior (tipo):                                | Inferior (tipo):                                  |
| Prognóstico                                               | Favorável ( )<br>Desfavorável ( )<br>Duvidoso (X) |
| Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): | <u>36 meses</u>                                   |
| Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?           | Não (X)<br>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.  
02, 06, 25 Tassio  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.  
02, 06, 2025  
Data Assinatura Profissional e Carimbo

**Dr. Bruno Luis Sá Santos**  
CIRURGIÃO DENTISTA  
CRO-PR 22457