

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário:

Beneficiário: Enzo Genoncio Salles

Titular:

Dentista.

CRO/UF:

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

Queixa Principal do Paciente:

Dentes tanto a maxila superior, do mesmo forma, mandibula superior

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica (X)	Corretiva ()
Aparatologia:	Ortopédica Funcional (X)	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível (X)
Descrever Técnica:	Construção de aparelhos mobilizadores com arco de Hawley para expansão maxilar, para diminuir a expansão maxilar para posteriorizar os dentes permanentes, após tratamento, ordenar medidas de aparelhos fixos			
Exodontias:	Não	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):	24 meses 24 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.

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo