

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

 Código Beneficiário: NAILSON SOUSA DOS ANJOS

 Beneficiário: 002 025 53 28 94 00000101

Titular:

 Dentista: TALITA ELIENICE SILVA MATOS

 CRO/UF: 11663

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 ()
			Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
			Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
		Negativo ()	Moderado () Overbite: Leve ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
	Inferior	Alta ()	Baixa ()
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	Diastemas Sim ☒
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	1,5 mm	Inferior (em mm): 2,0 mm
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular ☒	Direita ()
	Esquerda ()		Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
	Sim ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

 Queixa Principal do Paciente: MEUS DENTES NÃO ENCAIXAM CERTO

 Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒

 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

 Descrever Técnica: Roth; SLOT OILZ; STRAIGHT WIRE

 Exodontias: NÃO 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 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 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

 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.

07/03/23
 Data da Consulta Inicial

Talita Matos
 Assinatura Beneficiário

08/03/23
 Data

Talita Elienice Silva Matos
 Assinatura Profissional e Carimbo

 Talita Matos
 Ortodontista
 CROBA 11663