

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário:

Beneficiário: Jessica de Souza Tomaz

Titular:

Dentista: Bianca Figueiredo Rodrigues

CRO/UF: 13040

Dentição:	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Mista <input type="checkbox"/>	Decídua <input type="checkbox"/>		
Classificação de Angle:	Classe I <input type="checkbox"/>	Classe II <input checked="" type="checkbox"/>	Divisão 1 ^a <input type="checkbox"/> Subdivisão Direita <input type="checkbox"/> Divisão 2 ^a <input type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	Classe III <input checked="" type="checkbox"/>	Subdivisão Direita <input checked="" type="checkbox"/> Subdivisão Esquerda <input type="checkbox"/>
Relação Canina:	Direita I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>				
Linha Média:	Coincidente <input type="checkbox"/>		Desvio Superior: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	Desvio Inferior: Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	
Relação Transversal:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Cruzada <input type="checkbox"/>	Região Anterior <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>
Overjet:	Normal	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Acentuado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/>
Inclinação Dentária:	Superior	Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	
Inferior	Alta <input type="checkbox"/>	Baixa <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>		
Maxila:	Protruída <input type="checkbox"/>	Retruída <input checked="" type="checkbox"/>	Bem Posicionada Mandíbula <input type="checkbox"/>	Protruída <input type="checkbox"/> Retruída <input type="checkbox"/>	Bem Posicionada <input checked="" type="checkbox"/>
Apinhamento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 20 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Não <input type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 20 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular:	Sim <input type="checkbox"/>	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Não <input type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	GENERALIZADA	Não <input checked="" type="checkbox"/>	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm) <u>2</u>	Inferior (em mm): <u>2</u>			
Dor ou Ruido Articular:	Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda <input checked="" type="checkbox"/>	Dor Muscular	Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>		
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Cirurgia Orthognática <input type="checkbox"/>	Implantes <input type="checkbox"/>	Pré Protéticas <input type="checkbox"/>

Paciente: Queixa Principal do

"RUM MORDE COM OS DENTES DA FRENE"

Plano de Tratamento:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Interceptiva <input type="checkbox"/>	Ortopédica <input type="checkbox"/>	Corretiva <input checked="" type="checkbox"/>
Aparatologia:	Ortopédica Funcional <input type="checkbox"/>	Fixa <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica Extra Oral <input type="checkbox"/>	Removível <input type="checkbox"/>
Descrever Técnica:	<u>Alargamento / nivelamento, slice anterior inferior, elástico para correção linha média inf (melhorar), elástico cl. II direito + el. classe II esq., elástico para intercuspidação. Remoção aparelho, instalação contêncoes. Acompanhamento.</u> <u>10x5</u> : provavelmente será necessário realinhamento dos elementos 18, 17, 22, 21. - Será analisado de acordo com o andamento do caso.			
Exodontias:	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): 42 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.

03/01/23 a Jessica de Souza Tomaz 03/01/23

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Bianca Figueiredo Rodrigues

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Bianca Figueiredo
Ortodontista
CRO - DF 13040