

(o preenchimento deste formulário pode ser realizada pela própria aplicação do Adobe Reader)

1. DADOS DO UTENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Gênero: Masc. Fem.

M.D. responsável: _____

OMD: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL

3. OBJETIVOS E PLANEAMENTO GERAL DO CASO

(Objetivo desejado, faça a descrição mais completa que puder)

4. RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DENTÁRIO

- Não há restrição (mover todos os dentes)
- Não movimentar os dentes indicados abaixo



5. OVERJET

- Mostrar resultados após planeamento virtual
- Manter
- Alterar

6. OVERBITE

- Mostrar resultados após planeamento virtual
- Manter
- Alterar

7. LINHA MÉDIA

- Mostrar resultados após planeamento virtual
- Manter
- Corrigir (se possível)

8. DIASTEMAS

- Fechar todos
- Deixar espaços entre os seguintes dentes:

9. PLANO TRANSVERSAL

- Mostrar resultados após planeamento virtual
- Manter
- Melhorar

10. PLANO VERTICAL

- Intrusão incisivos ()S ou ()I
- Intrusão molares ()S ou ()I
- Extrusão molares ()S ou ()I

11. APINHAMENTO

- Projetar os dentes
- Expandir Forma dos Arcos
- IPR (Redução Interproximal do Esmalte)