RELATÓRIO DE TRATAMENTO INICIAL

SF odonto
ANS - Nº 36531-9

Data da Autorização: __/__/__

Número da Guia Atribuído pela Operadora: _____

Data de Validade da Senha: __/__/__

Dados do Beneficiário

Número da Carteira: _____

Plano: _____

Nome: _____

Telefone: (__)_____-_____

Nome do titular do plano: _____

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Nome do Profissional Solicitante: _____ Número no CRO: _____ 1UF: __

Código na Operadora: _____ Nome do Contratado Executante: _____ Número no CRO: _____ UF: __

Nome do Profissional Executante: _____ Número no CRO: _____ UF: __

EXAMES INTRA E EXTRA ORAL

Tipo Facial: ( ) Braquifacial ( ) Mesofacial ( ) Dolicofacial
Dentição: ( ) Decídua ( ) Mista ( ) Permanente
Classificação de Anglo:
( ) Classe I
( ) Classe II - divisão 1ª - subdivisão dir. ( ) esq. ( )
( ) Classe II - divisão 2ª - subdivisão dir. ( ) esq. ( )
( ) Classe III
Relação de Caninos
( ) Classe I dir. ( ) esq. ( ) ( ) Classe II dir. ( ) esq. ( ) ( ) Classe III dir. ( ) esq. ( )
Linha Mediana
( ) Coincidentes com Plano Sagital Mediano
( ) Desviada ( ) MAX ( ) Direita ( ) Esquerda - _____ mm
( ) MAND ( ) Direita ( ) Esquerda - _____ mm
Mordida Cruzada
( ) Não ( ) Sim - ( ) Dentária ( ) Esquelética
Trespasse Vertical
( ) Normal
( ) Mordida Aberta ( ) Dentária ( ) Esquelética - _____ mm
( ) Mordida Profunda ( ) Dentária ( ) Esquelética - _____ mm
Trespasse Horizontal _____ **mm**
Posição Inc. Sup. ( ) Normal ( ) Vestibularizados ( ) Lingualizados
Posição Inc. Inf. ( ) Normal ( ) Vestibularizados ( ) Lingualizados
Discrepância de Modelos Superior - _____ **mm** **Discrepância de Modelos Inferior -** _____ **mm**
ATM ( ) Normal ( ) Alterada - citar alteração _____
Respiração ( ) Normal ( ) Bucal ( ) Mista
Deglutição ( ) Normal ( ) Atípica
Hábitos ( ) Não ( ) Sim - citar _____

ANÁLISE RADIOGRÁFICA

DENTES
Ausentes: _____
Supranumerários: _____
Retidos: _____
Agenesia: _____

PERDA ÓSSEA SIM ( ) NÃO ( )

REABSORÇÃO RADICULAR SIM ( ) NÃO ( )

PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO

Tratamento ( ) 1º Fase (Preventivo/Interceptativo)
( ) 2º Fase (Corretivo) ( ) Orto - cirúrgica
Exodontias ( ) Não ( ) Sim - dentes_____
Desgastes Interproximais ( ) Não ( ) Sim_____
Ancoragem ( ) Não ( ) Sim - citar recurso:_____
Prognóstico ( ) Favorável ( ) Regular ( ) Desfavorável
Previsão do Tempo de Tratamento:
1º fase do tratamento - _____ **meses**
2º fase do tratamento - _____ **meses**
Queixa do paciente:

Objetivo e Plano de Tratamento Detalhado:

Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: __/__/__

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: _____

Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável: __/__/__

-Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____