



## RELATÓRIO INÍCIO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Prestador: \_\_\_\_\_

Beneficiário: \_\_\_\_\_

Nº cartão Copass Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1) Diagnóstico atual

Queixa principal: \_\_\_\_\_

Tipo de perfil Perfil (ex: côncavo, convexo, reto): \_\_\_\_\_

Padrão esquelético (ex: classe I, II III): \_\_\_\_\_

Padrão facial (ex: meso, dólico, braqui): \_\_\_\_\_

Classificação dentária (ex: classe I,II,III): \_\_\_\_\_

Overbite (ex: Ausente, leve, acentuado): \_\_\_\_\_

Overjet (ex: Ausente, leve,acentuado): \_\_\_\_\_

Presença de Apinhamento anterior (ex: ausente, moderado, acentuado): \_\_\_\_\_

Presença de mordida cruzada (Relatar a região/dentes): \_\_\_\_\_

Presença de mordida aberta (Relatar a região/dente) \_\_\_\_\_

Existe alguma parafunção? \_\_\_\_\_

Existe algum desvio de guias/contatos indevidos/traumas dentários?

Relate: \_\_\_\_\_

2) O caso envolve a necessidade de execução de cirurgia ortognática e/ou extrações dentárias? \_\_\_\_\_

### 3) Tipo de aparelho a ser utilizado:

1ª fase: \_\_\_\_\_

2ª fase: \_\_\_\_\_

3ª fase: \_\_\_\_\_



## RELATÓRIO INÍCIO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

4) Proposta de tratamento:(o que será corrigido e como será corrigido)

---

---

---

---

---

---

5) Prognóstico e expectativa de evolução do tratamento: \_\_\_\_\_

6) Tempo previsto de tratamento: \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

**Assinatura do beneficiário/responsável**

\_\_\_\_\_

**Carimbo e assinatura dentista:**