

# RELATÓRIO INÍCIO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

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

Beneficiário: \_\_\_\_\_

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

## 1) Diagnóstico atual

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

Tipo de 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: \_\_\_\_\_

**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:**

**Parecer Copass Saúde:**