

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG-CBMMG-IPSM

Relatório de Início de Tratamento Ortodôntico Corretivo

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Nº Cartão IPSM:	Data de Nascimento:
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome do Estabelecimento:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/MG:	Especialidade:

1 - AVALIAÇÃO FACIAL

Mesocefálico Braquicefálico Dolicocefálico

1.1 - Avaliação Vertical: Equilibrado Desequilibrado

1.2 - Simetria Facial: Presente Ausente **1.3 - Simetria Labial:** Presente Ausente

2 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.1 - Respiração: Nasal Oral/Mista

2.2 - Deglutição: Normal Atípica

2.3 - Fala: Normal Atípica

2.4 - Hábitos Parafuncionais: Ausente Presente. Citar: _____

3 - AVALIAÇÃO DENTÁRIA

3.1 - Lado Direito: Oclusão dos molares: Classe I Classe II Classe III Mutilada

Oclusão dos caninos: Classe I Classe II Classe III Mutilada

3.2 - Lado Esquerdo: Oclusão dos molares: Classe I Classe II Classe III Mutilada

Oclusão dos caninos: Classe I Classe II Classe III Mutilada

3.3 - Segmento Ântero-superior: Alinhado Apinhado Com diastemas

3.4 - Segmento Ântero-inferior: Alinhado Apinhado Com diastemas

3.5 - Mordida Cruzada Posterior: Ausente Direita Esquerda

3.6 - Mordida Cruzada Anterior: Ausente Presente

3.7 - Trepasse Vertical (Overbite): Normal Mordida aberta Mordida profunda

3.8 - Trepasse Horizontal (Overjet): Normal Excessivo Mordida de topo Mordida Cruzada

3.9 - Curva de Spee: Normal Profunda Plana Reversa

3.10 - Linha Média: Dentes superiores em relação à face: Normal Desviada para a direita Desviada para a esquerda

Dentes inferiores em relação à face: Normal Desviada para a direita Desviada para a esquerda

3.11 - Guias Oclusais: Anterior: Normal Alterada

Lateralidade direita: Normal Alterada

Lateralidade esquerda: Normal Alterada

4 - AVALIAÇÃO ESQUELÉTICA

4.1 - Ântero-posterior: Maxila: Normal Protruída Retruída

Mandíbula: Normal Protruída Retruída

4.2 - Vertical: Altura Facial Ântero-inferior (AFAI): Normal Aumentada Reduzido

5 – PLANO DE TRATAMENTO

5.1 - Assinalar o tipo de tratamento ortodôntico que será realizado:

Corretivo Corretivo com finalidade protética Corretivo associado à cirurgia ortognática (ortocirúrgico)

5.2 - Em caso de tratamento ortodôntico com exodontias, descrever os elementos dentários que serão extraídos, bem como a justificativa para a realização do tratamento com extrações.

Não se aplica

Dentes:

Justificativa:

5.3 - Em caso de tratamento ortodôntico com necessidade de tracionamento, citar quais elementos dentários inclusos devem ser tracionados. Não se aplica

Dentes:

5.4 - Assinalar os objetivos a serem alcançados com o tratamento ortodôntico proposto.

Alinhamento Nivelamento Obtenção de Classe I de Caninos Obtenção de Classe I de Molares
Correção dos Apinhamentos Fechamento de Diastemas Correção das Giroversões Coordenação dos Arcos dentários
Selamento Labial Obtenção de Trespasse Horizontal Adequado Obtenção de Trespasse Vertical Adequado

5.5 - Descrever outras aparatologias necessárias ao tratamento, não relacionadas no item anterior:

5.6 - Em caso de necessidade de Mini Implante, assinalar os hemiarcos onde serão implantados e descrever a justificativa para a utilização do dispositivo. Não se Aplica

HSD HSE HID HIE

Justificativa:

5.7 - Descrever as etapas previstas para o tratamento, a mecânica que será utilizada, bem como outras informações julgadas relevantes não mencionadas nos itens anteriores:

5.8 - Descrever o tempo necessário para a conclusão do tratamento ativo (sem contar o período de contenção), observados a complexidade do caso e o limite regulamentar de 24 meses.

Tempo de Tratamento: meses

Observação: A solicitação para extensão de tratamento ortodôntico limitar-se-á aos casos extremamente complexos e /ou associados à cirurgia ortognática, autorizados como Assistência Especial à Saúde, mediante à realização de auditoria presencial (clínica e documental) efetuada por ortodontista do Quadro de Oficiais de Saúde do Centro Odontológico da PMMG, em Belo Horizonte.

Declaro que expliquei detalhadamente para o paciente (ou responsável), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas relacionados ao tratamento ortodôntico proposto.

(Local) _____ (Data) _____

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do Ortodontista