

## ORTODONTIA / ORTODONTICO / PLANEJAMENTO

### LIBERAÇÃO DE NOVO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Para solicitações de tratamento ortodôntico é necessário que o profissional siga os passos abaixo:

1. Solicitar exame de documentação ortodôntica ao beneficiário;
2. Certificar-se que a documentação ortodôntica encontra-se anexa ao prontuário virtual do beneficiário;
3. Enviar o planejamento ortoônntico devidamente preenchido para análise através de protocolo no SAD Atendimentos;
4. Aguardar o retorno da análise para iniciar o tratamento com as orientações de lançamento da primeira manutenção.

### PLANEJAMENTO ORTODONTICO

O planejamento ortodôntico é o formulário onde o profissional preenche as informações referente ao plano de tratamento do beneficiário. Este formulário está disponível para envio aos dentistas através dos arquivos do painel e no site após login na aba **planos de tratamento**.

O dentista deverá enviar o planejamento ortodôntico devidamente preenchido (nome, número do catão, CRO, assinatura do beneficiário e do profissional executante, prazo pré-estabelecido do tratamento e descrição ou justificativa) através de protocolo no SAD Atendimentos. As informações completas são de extrema importância para análise e breve retorno.

### PLANEJAMENTO ORTODONTICO



## Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário:						
Beneficiário:						
Titular:						
Denúncia:	CRO/UF:					
Dentição:	Permanente ( <input type="checkbox"/> )	Mista ( <input type="checkbox"/> )	Decidua ( <input type="checkbox"/> )			
Classificação de Angle:	Classe I ( <input type="checkbox"/> )	Classe II ( <input type="checkbox"/> )	Divisão 1º ( <input type="checkbox"/> ) Subdivisão Direita ( <input type="checkbox"/> )	Classe III ( <input type="checkbox"/> )	Subdivisão Direita ( <input type="checkbox"/> )	
			Divisão 2º ( <input type="checkbox"/> ) Subdivisão Esquerda ( <input type="checkbox"/> )		Subdivisão Esquerda ( <input type="checkbox"/> )	
Relação Canino: Direta ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> ) III ( <input type="checkbox"/> ) Esquerda ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> ) III ( <input type="checkbox"/> )						
Linha Média:	Coincidente ( <input type="checkbox"/> )	Desvio Superior ( <input type="checkbox"/> )	Desvia ( <input type="checkbox"/> ) Direita ( <input type="checkbox"/> ) Desvio Inferior ( <input type="checkbox"/> ) Esquerda ( <input type="checkbox"/> )			
Relação Transversal:	Normal ( <input type="checkbox"/> )	Cruzada ( <input type="checkbox"/> )	Região ( <input type="checkbox"/> ) Anterior ( <input type="checkbox"/> ) Unilateral ( <input type="checkbox"/> ) Posterior ( <input type="checkbox"/> ) Bilateral ( <input type="checkbox"/> )			
Overjet:	Normal ( <input type="checkbox"/> )	Positivo ( <input type="checkbox"/> ) Negativo ( <input type="checkbox"/> )	Acentuado ( <input type="checkbox"/> ) Moderado ( <input type="checkbox"/> ) Leve ( <input type="checkbox"/> )	Normal ( <input type="checkbox"/> )	Positivo ( <input type="checkbox"/> ) Negativo ( <input type="checkbox"/> ) Moderado ( <input type="checkbox"/> ) Leve ( <input type="checkbox"/> )	
Inclinação Dentária:	Superior ( <input type="checkbox"/> ) Inferior ( <input type="checkbox"/> ) Alta ( <input type="checkbox"/> ) Baixa ( <input type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> )					
Maxila:	Protruída ( <input type="checkbox"/> ) Retruída ( <input type="checkbox"/> ) Bem Posicionada ( <input type="checkbox"/> ) Mandíbula	Protruída ( <input type="checkbox"/> ) Retruída ( <input type="checkbox"/> ) Bem Posicionada ( <input type="checkbox"/> )				
Apinhamento:	Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28		
Reabsorção Odontos:	Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28		
Discrepancia de Modelos:	Superior (em mm):	Inferior (em mm):				
Dor ou Ruido Articular:	Direita ( <input type="checkbox"/> ) Esquerda ( <input type="checkbox"/> )	Dor Muscular Direita ( <input type="checkbox"/> ) Esquerda ( <input type="checkbox"/> )				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> )	Fonoaudiologia ( <input type="checkbox"/> ) Otorrinolaringologia ( <input type="checkbox"/> ) Cirurgia Orthognática ( <input type="checkbox"/> ) Implantes ( <input type="checkbox"/> ) Próstéticas ( <input type="checkbox"/> )				
Queixa Principal do Paciente:						
Plano de Tratamento:	Preventiva ( <input type="checkbox"/> ) Aparatologia: Ortopédica Funcional ( <input type="checkbox"/> ) Fixa ( <input type="checkbox"/> )	Interceptiva ( <input type="checkbox"/> )	Ortopédica ( <input type="checkbox"/> ) Ortopédica Extra Oral ( <input type="checkbox"/> )	Corretiva ( <input type="checkbox"/> ) Removível ( <input type="checkbox"/> )		
Descriver Técnica:						
Endodontia:	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28			
Ankoragem Superior (lado):	Favorável ( <input type="checkbox"/> ) Desfavorável ( <input type="checkbox"/> ) Duvidoso ( <input type="checkbox"/> )					
Prognóstico:						
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):						
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> )	Há quanto tempo?				
Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.						
Data da Consulta Inicial:	Assinatura Beneficiário:	/ /	Date:	/ /	Assinatura Profissional e Cariômetro	

## APROVAÇÃO E INÍCIO DO TRATAMENTO

O retorno referente a aprovação do tratamento é realizado através do mesmo protocolo, onde são realizadas as orientações referente a prazos e cobertura dos procedimentos.

Após a aprovação no protocolo, o profissional poderá iniciar as manutenções que deverão ser lançadas de 30 em 30 dias até o fim do tratamento.

O valor do aparelho ortodôntico fixo metálico sempre estará diluído nas manutenções, sejam cobertas ou por ato complementar.

## SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE TRATAMENTO

Em casos de necessidade de prorrogação de tratamento, é necessário enviar um novo planejamento com o motivo de não conclusão no período pré estabelecido através de protocolo. O profissional deve aguardar o retorno da aprovação para dar continuidade ao tratamento do beneficiário.

## TROCA DE PROFISSIONAL

Em casos de troca de dentista no meio do tratamento, a continuidade também fica sujeita ao envio do planejamento para análise, bem como ao envio de fotos atuais da arcada superior e inferior do beneficiário para comprovação da utilização do aparelho.

Após a aprovação no protocolo, o profissional poderá iniciar as manutenções que deverão ser lançadas de 30 em 30 dias até o fim do tratamento.

- Solicitações de liberação do tratamento ortodôntico pode direcionar para o setor de ortodontia (quando o planejamento estiver incluso).
- Dúvidas técnicas sobre ortodontia, devem ser direcionados para o departamento de Clínico Produção.
- Dúvidas são em relação a códigos que devem ser utilizados, o GRC deve informar que os códigos estão no Manual de Regras técnicas e que o dentista deve traçar o tratamento de acordo com o manual e com a cobertura do beneficiário.
- Dúvidas com relação a cobertura do beneficiário, o dentista deve ser orientado a solicitar o procedimento em guia para que a analise seja realizada.