

Relatório de início de tratamento ortodôntico



Dados do beneficiário

Nº da guia de diagnóstico (cód. 81000189):

Nome do beneficiário: Maria Lopes Oliveira

Nº do cartão de identificação: 915186.000005.02

Telefone do beneficiário: 7199236-0040

Celular do beneficiário:

Dentista credenciado:

Código do credenciado:

Tratamento Ortodôntico	☒ Início (nunca realizou tratamento ortodôntico)	Há quanto tempo?		
	☐ Retratamento (já finalizou um tratamento e há necessidade de novo tratamento)			
	☐ Em tratamento (com aparelho instalado)	Tipo de aparelho instalado	Com o próprio profissional? ☐ Sim ☐ Não	Há quanto tempo?

Já finalizou um tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Há necessidade de novo tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Queixa do paciente: Dente abeto de ponta e torto

Tipo facial ☐ Braquifacial ☒ Mesofacial ☐ Dolicofacial

Classificação de Angle ☐ Classe I ☒ Classe II - divisão 1ª - subdivisão direita ☒ esquerda ☐
☐ Classe III ☐ Classe II - divisão 2ª - subdivisão direita ☐ esquerda ☐

Diagnóstico complementar

Linha média em relação ao plano sagital mediano	☐ Coincidentes ☐ Desviada	Superior: mm Inferior: mm
☐ Apinhamento. Região: <u>Anterior Inferior</u>	Deglutição: ☒ normal ☐ atípica	
☐ Diastemas. Dente(s)/Região: <u>Anterior Superior</u>	Respiração: ☐ nasal ☐ buca ☒ mista	
☐ Hábitos. Quais?	☐ Mordida profunda (overbite) mm	
☐ Perda óssea. Dente(s)/Região:	☐ Sobressaliência (overjet) mm	
☐ Reabsorção radicular. Dentes:	Discrepância de modelos	Superior: mm Inferior: mm
☐ Mordida aberta. Região:		
☐ Mordida cruzada. Região: <u>Posterior</u>	Outros. Especifique:	

Planejamento - Enumerar de acordo com a sequência do tratamento

☐ Alinhamento e nivelamento	☐ Intrusão - Dente(s) / Região:
☐ Avanço mandibular	☒ Fechamento de diastemas. Dente(s)/Região:
☒ Disjunção (ERM)	☐ Desgaste interproximal - Dente(s)/Região:
☐ Disjunção (ERM) com protração maxilar	☐ Elástico de classe II
Expansão: ☐ Superior ☐ inferior	☐ Elástico de classe III
Distalização de molar: ☐ Superior ☐ inferior	☐ Verticalização - Dentes:
☐ Acerto de linha mediana	☐ Exodontia - Dentes:
☐ Estabilização/contenção	☐ Extrusão - Dente(s)/Região:
☐ Outros. Especifique: <u>controle de espaços</u>	

Tempo previsto para tratamento

☐ 6 Meses ☐ 12 Meses ☐ 18 Meses ☒ 24 Meses ☐ Outros. Especifique:

Aparatologia a ser utilizada:

Técnica a ser utilizada: Expansão bilateral

Prognóstico:

Observações complementares:

**** Enviar este relatório preenchido com a documentação digitalizada por upload na guia do diagnóstico pelo Portal Metlife.

Estou ciente e concordo com o planejamento e prazo propostos pelo profissional citado.

26/05/2025

Data

Assinatura Beneficiário

a. Adriana Assis
Cirurgiã-Dentista
CRO-PA 27233

Assinatura e carimbo Profissional Executante

ANS Nº 406481

metlife.com.br