



MANUAL PARA
***TRATAMENTO
ORTODÔNTICO***

 OdontoLife®
Planos Odontológicos

| COMO INICIAR O 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 está anexa ao prontuário virtual do beneficiário;
- 3.** Enviar o planejamento ortodôntico e documentação ortodôntica 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 ORTODÔNTICO

O Planejamento de Tratamento Ortodôntico Inicial é um documento disponível no site (**formulário disponível no site na aba Plano de Tratamento**) que deve ser preenchido pelo profissional para beneficiários que necessitam de tratamento ortodôntico.

Este documento deve ser encaminhado por protocolo. Abrir um novo protocolo no **SAD - Meus Protocolos**, selecionar o Tópico de Ajuda “**Planejamento Ortodôntico**”. Preencha o formulário e anexe ao protocolo junto com a documentação ortodôntica. Seu protocolo será respondido em até **07 (sete) dias úteis** com as orientações de cobertura do beneficiário assim como as informações sobre os procedimentos para solicitação do tratamento.


Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: _____

Beneficiário: _____

Título: _____

Dentista: _____

ORGUFI:

Dentição:	Permanente (<input type="checkbox"/>)	Misto (<input type="checkbox"/>)	Diodous (<input type="checkbox"/>)			
Classificação Angle:	Classe I (<input type="checkbox"/>)	Classe II (<input type="checkbox"/>)	Divisão I* (<input type="checkbox"/>) Subdivisão Unímposta (<input type="checkbox"/>)	Divisão II* (<input type="checkbox"/>) Subdivisão Equinada (<input type="checkbox"/>)	Classe III (<input type="checkbox"/>)	Subdivisão Unímposta (<input type="checkbox"/>)
Relação Coroa:	Dente I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>) III (<input type="checkbox"/>)	Esquerda (<input type="checkbox"/>)	Dir. (<input type="checkbox"/>) III (<input type="checkbox"/>)			
Relação Média:	Comodente (<input type="checkbox"/>)	Dentes Superior (<input type="checkbox"/>) Inferior (<input type="checkbox"/>)	Dentes Inferior (<input type="checkbox"/>) Superior (<input type="checkbox"/>)	Dentes Inferior (<input type="checkbox"/>) Superior (<input type="checkbox"/>)		
Relação Transversal:	Normal (<input type="checkbox"/>)	Obtusada (<input type="checkbox"/>) Exagerada (<input type="checkbox"/>) Rígida (<input type="checkbox"/>)	Anterior (<input type="checkbox"/>) Posterior (<input type="checkbox"/>)	Unilateral (<input type="checkbox"/>) Bilateral (<input type="checkbox"/>)		
Objetivo:	Normal (<input type="checkbox"/>) Positivo (<input type="checkbox"/>) Acentuado (<input type="checkbox"/>) Moderado (<input type="checkbox"/>) Exagerado (<input type="checkbox"/>)	Moderado (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Exagerado (<input type="checkbox"/>) Negativo (<input type="checkbox"/>) Leve (<input type="checkbox"/>)	Positivo (<input type="checkbox"/>) Acentuado (<input type="checkbox"/>) Moderado (<input type="checkbox"/>) Leve (<input type="checkbox"/>)			
Inclinação Dentária:	Superior (<input type="checkbox"/>) Alta (<input type="checkbox"/>) Baixa (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>)	Inferior (<input type="checkbox"/>) Alta (<input type="checkbox"/>) Baixa (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>)				
Mandíbula:	Protrusiva (<input type="checkbox"/>) Retrusa (<input type="checkbox"/>) Bem Posicionada Mandibular (<input type="checkbox"/>)	Retrusa (<input type="checkbox"/>) Bem Posicionada (<input type="checkbox"/>) Protrusiva (<input type="checkbox"/>)				
Apoio:	Sim (<input type="checkbox"/>) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não (<input type="checkbox"/>) 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Sim (<input type="checkbox"/>) 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não (<input type="checkbox"/>) 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38				
Reabsorção:	Sim (<input type="checkbox"/>) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não (<input type="checkbox"/>) 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Sim (<input type="checkbox"/>) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não (<input type="checkbox"/>) 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38				
Discrepancias de Mordida:	Distância (em milímetros)					
Doença Articular:	Direita (<input type="checkbox"/>)	Esquerda (<input type="checkbox"/>)				
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (<input type="checkbox"/>)	Sim (<input type="checkbox"/>) Fisioterapia (<input type="checkbox"/>) Osteomodelogia (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) Implante (<input type="checkbox"/>) Ortopédica (<input type="checkbox"/>) Próstheticas (<input type="checkbox"/>)				
Paciente:	Grau: _____	Principais: _____				
Plano de Tratamento:	Previsto (<input type="checkbox"/>) Interrogatório (<input type="checkbox"/>) Ortopédica (<input type="checkbox"/>) Corretiva (<input type="checkbox"/>)	Ortopédica Funcional (<input type="checkbox"/>) Fixa (<input type="checkbox"/>) Ortopédica Extra Oral (<input type="checkbox"/>) Removível (<input type="checkbox"/>)				
Apuróticos:	Escore (índice)					
Escore:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38					
Antecedentes (índice):	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38					
Progresso:	Exonervoso (<input type="checkbox"/>)	Desonervoso (<input type="checkbox"/>)				
Tempo Previsível para o Tratamento (em meses):	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38					
Pré-requisitos para o Aplicativo Inicializado:	Não (<input type="checkbox"/>)	Sim (<input type="checkbox"/>)				
Possivelmente:	Há quanto tempo?					

Por favor, confira se o paciente cumpre o tratamento programado, se há alguma indicação de cirurgia e se realizou a sua autorização escrita para o tratamento. Por favor, leia o aviso de responsabilidade no final do formulário.

| DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

A documentação ortodôntica deve ser solicitada do paciente por meio de um receituário. Este deverá conter a solicitação da documentação e a justificativa técnica para que a clínica radiológica possa lançar a guia em sistema.

O receituário deve estar devidamente assinado e carimbado. O dentista deverá entregá-lo ao beneficiário que irá buscar a clínica radiológica em nossa rede credenciada.

Abaixo temos os códigos e descrições dos tipos de documentação ortodôntica:

- **Código 345 - Documentação Ortodôntica A:** 01 Radiografia Panorâmica, 01 Telerradiografia, 01 Traçado cefalométrico, 08 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.
- **Código 346 - Documentação Ortodôntica B:** 01 Radiografia Panorâmica, 01 Telerradiografia, 01 Traçado cefalométrico, 05 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.
- **Código 348 - Documentação Ortodôntica E:** 01 Radiografia Panorâmica, 01 Telerradiografia, 01 Traçado cefalométrico, 02 fotos (frente, perfil), modelo de estudo superior e inferior.

| APROVAÇÃO E INÍCIO DO TRATAMENTO

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

Após a aprovação no protocolo, o profissional poderá iniciar as manutenções que deverão ser lançadas a cada mês até o fim do tratamento.

Os profissionais deverão lançar na guia do paciente **SOMENTE** o procedimento de manutenção. O valor do aparelho ortodôntico fixo metálico sempre estará diluído nas manutenções, sejam cobertas ou por ato complementar. O profissional **NÃO** deve lançar o procedimento de instalação do aparelho fixo metálico em guia.

| 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 a cada mês até o fim do tratamento.

- Solicitações de liberação do tratamento ortodôntico deve ser direcionadas ao setor de ortodontia (quando o planejamento e documentação estiver incluso) através do **SAD - Meus Protocolos**.
- Em casos de dúvidas com relação aos códigos que devem ser utilizados, consulte o Manual de Regras técnicas.
- Dúvidas com relação a cobertura do beneficiário, solicite o procedimento em guia para que a análise seja realizada.



WWW.ODONTOLIFEODONTOLOGIA.COM.BR