





**AValiação ESQUELETAL:**

Anteroposterior:

Maxila  normal  protruída  retruída

Mandíbula  normal  protruída  retruída

**PLANO DE TRATAMENTO:**

Tratamento com exodontias:  sim  não Quais dentes? \_\_\_\_\_  
Justificativa

Avaliação vertical:

AFAI  normal  aumentado  reduzido

Mini-implantes:  sim  não  HSD  HSE  HID  HIE

Justificativa:

Tracionamento de dentes  sim  não Qual elemento? \_\_\_\_\_

Caso orto-cirúrgico  sim  não

Caso pré-protético  sim  não Qual dente? \_\_\_\_\_

**Objetivos a serem alcançados com o tratamento ortodôntico:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> alinhamento                             | <input type="checkbox"/> nivelamento                               | <input type="checkbox"/> obtenção de CI I em caninos | <input type="checkbox"/> obtenção de CI I em molares |
| <input type="checkbox"/> normalização do selamento labial        | <input type="checkbox"/> ausência de diastemas                     | <input type="checkbox"/> ausência de apinhamentos    |  |
| <input type="checkbox"/> ausência de giroversões                 | <input type="checkbox"/> obtenção de trespasse horizontal adequado |  |  |
| <input type="checkbox"/> obtenção de trespasse vertical adequado | <input type="checkbox"/> coordenação dos arcos                     |  |  |

**DESCREVER O PLANO DE TRATAMENTO E MECÂNICA A SER UTILIZADA:**

**TEMPO DE TRATAMENTO:**

12 meses  18 meses  24 meses  30 meses  outros \_\_\_\_\_

**APARATOLOGIA:**

aparelho fixo total superior

aparelho fixo total inferior

aparelhofixo parcial superior (2X 4)

aparelhofixo parcial inferior (2X 4)

aparelho extra-oral (AEB)

placa lábio-ativa (PLA)

aparelho disjunção palatina

mentoneira

pendex

ativadores

barra palatina

arco lingual

aparelhos removíveis (placas diversas) Qual?

\_\_\_\_\_

aparelho de contenção

outros \_\_\_\_\_

**OBS: *Necessário o preenchimento de todos os campos deste relatório e envio da documentação ortodôntica inicial completa para autorização da perícia ortodôntica.***

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descrito(s).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20 \_\_\_\_.

Local

\_\_\_\_ Assinatura do ortodontista/ Carimbo

\_\_\_\_ Assinatura do paciente ou responsável

Data da auditoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deferido

Indeferido

\_\_\_\_\_  
Oficial Auditor