

Código Beneficiário: 002025 04 39918 00055603

Beneficiário: Miguel Lucas Mendes de Oliveira

Titular: Samara Gomes Mendes da Silva

Dentista: Leonardo Rocha Reis

CRO/UF: MG 55842

Dentição:	Permanente ()	Mista (x)	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (x)	Região
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa (x)
Maxila:	Protruída ()	Retruída (x)	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Diastemas Sim (x)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Radicular: Sim ()
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (x)	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()

Queixa Principal do Paciente: O dente superior está nascendo atrás do inferior

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva (x) Ortopédica () Corretiva ()
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Aparelho móvel com mola digital para alisar e alinhar região anterior

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()
 Prognóstico: Favorável (x)
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 12 meses
 Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (x) Sim () 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.

17/10/24
Data da Consulta Inicial

Samara Gomes Mendes
Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

17/10/24
Data

Assinatura Profissional e Carimbo
Dr. Leonardo Rocha Reis
 Cirurgião Dentista
 CRO/MG 55842