

Código Beneficiário: 002.025.1129661.000001.02

Beneficiário: Mayron Augusto Fereira Fleusino

Titular:

Dentista: Dra. Camila Penha de Resende Neves

CRO/UF: MG 61825

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()	
Classificação de Angle:	Classe I ☒	Classe II ()	Divisão 1ª ()	Subdivisão Direita ()
			Divisão 2ª ()	Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III ()	Esquerda I ☒ II () III ()	Classe III ()	Subdivisão Direita ()
				Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ()	Desvio Inferior: Direita ☒
			Esquerda ()	Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região	Anterior ()
				Unilateral ()
				Bilateral ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo ()	Acentuado ()	Normal ☒
		Negativo ()	Moderado ()	Positivo ()
			Leve ()	Negativo ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒
	Inferior	Alta ()	Baixa ()	Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ☒	Bem Posicionada ()	Protruída ()
			Mandíbula	Retruída ☒
				Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Diastemas	Sim ()
	Não ()	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒
Reabsorção Ossea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Radicular:	Sim ()
	Não ☒	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		Não ☒
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Dor Muscular	Direita ()	
	Esquerda ☒		Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ☒	Fonoaudiologia ☒	Otorrinolaringologia ☒
			Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
				Pré Protéticas ()

Queixa Principal do
Paciente:

*Respiro bucal, tem dependência no audição devido ao
polato atresico*

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica ☒ Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional ☒ Fixa () Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica:

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): Inferior (tipo):

Prognóstico Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): *3 anos*

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não ☒ 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.

09/04/24

Francine Ferreira

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO DENTISTA

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

09/04/24

Dr. Camila P.R. Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG 61825

ASSINATURA DO DENTISTA