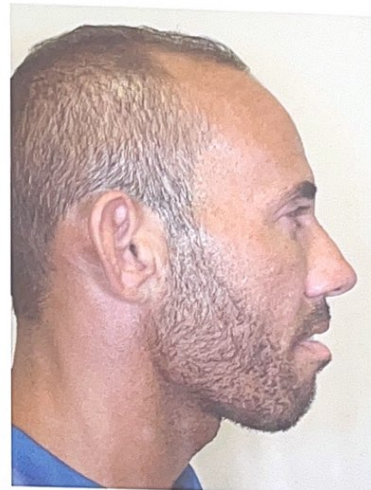




Nome: ALEX FERNANDO DA ROCHA
Dr(a): Gabriela Aparecida M. P. Gonçalves
de Jesus
Nasc.: 03/09/1989
Data: 05/04/2023



NEORAD
3D
Tomografia Computadorizada e Radiografia Digital

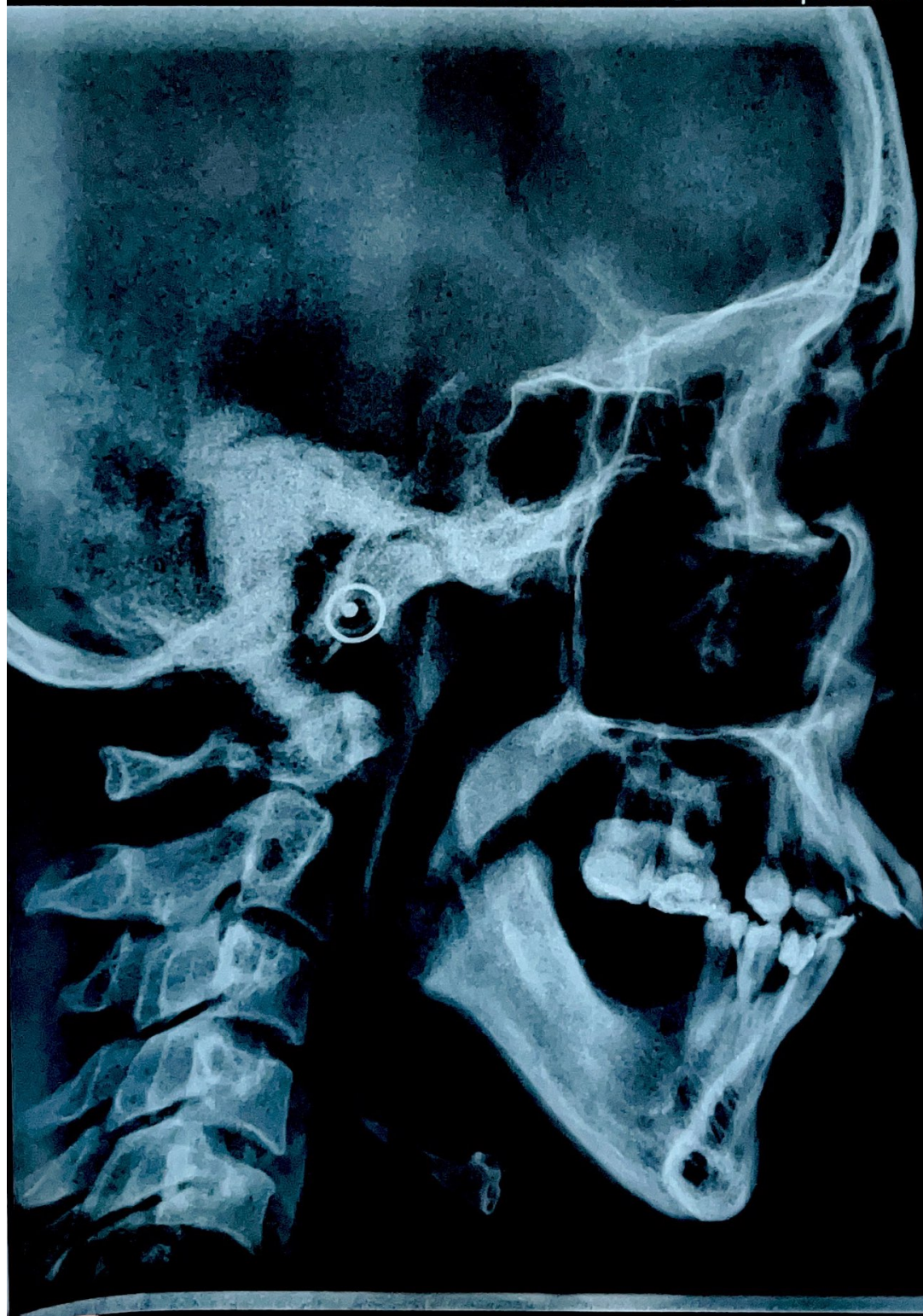




NOME: ALEX FERNANDO DA ROCHA 03/09/1989

IDADE: 33 Anos

Data do Exame: 05/04/2023 DRA Gabriela Aparecida M. P. Goncalves de Jesus

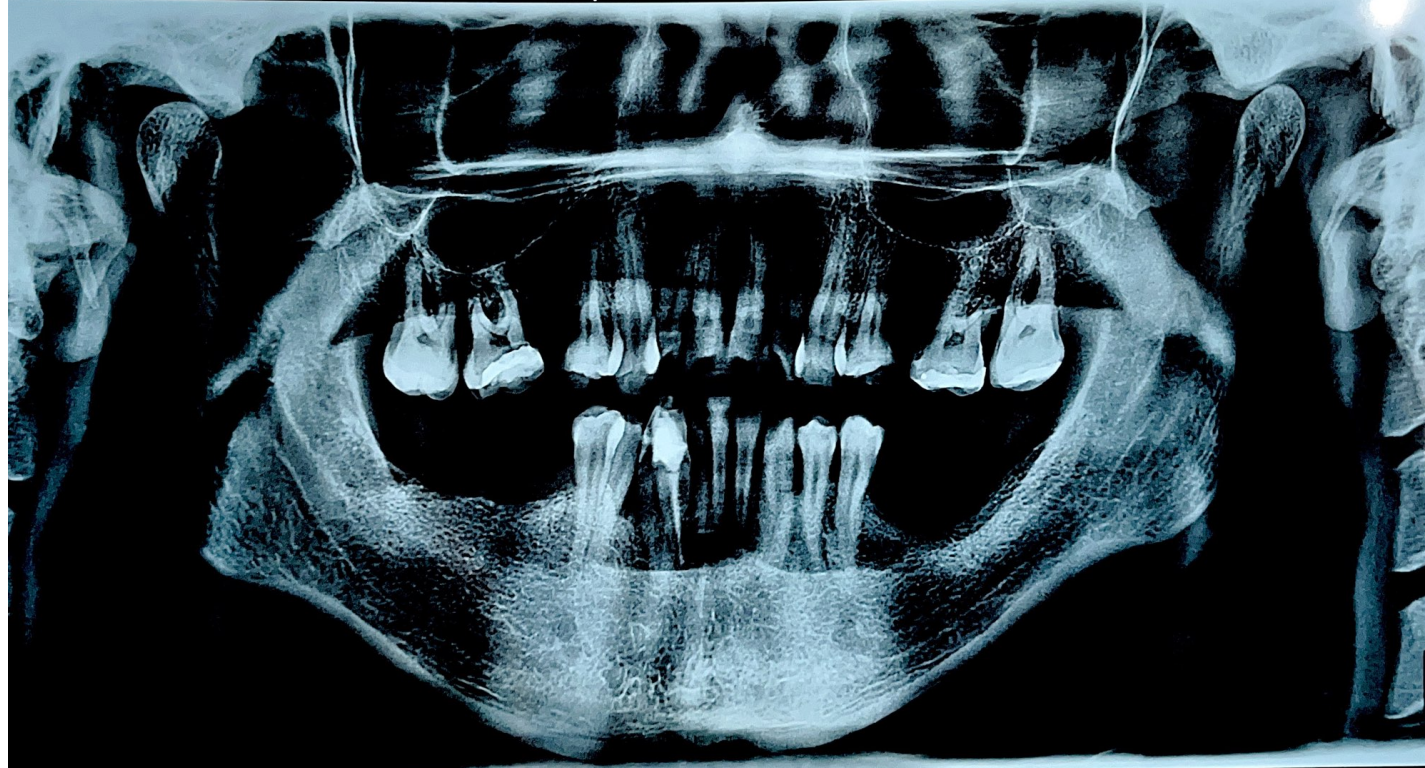


NOME: ALEX FERNANDO DA ROCHA 03/09/1989

IDADE: 33 anos

NEORAD
3D

Exame realizado em: 05/04/2023 DRA Gabriela Aparecida M. P. Goncalves de Jesus



Av. Afonso Pena, 748 - Sobreloja 11 - Centro - BH - Tel: (31) 3224-2277
Av. Vilarinho 1601, loja .6 - Venda Nova - BH Tel: (31) 3451-5056
E-mail: neorad@neorad.com.br

64,0 kV 10,0

Código Beneficiário: 00202552127100000104
Beneficiário: Alba Figueiredo da Rocha
Titular: Alba Figueiredo da Rocha
Dentista: Luciana Cristina Ribeiro Gamaliel Souza CRO/UF: MG 30331

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ☒	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ()	Esquerda I () II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo ☒	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ()	
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ()	Sim ☒	

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos"

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

Descrever Técnica: Aparelho fixo metálico Roth slot 22, uso de mini parafusos ortodônticos

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): tubo malar Inferior (tipo): Mini parafuso ortodôntico
Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):
Paciente Possui Aparelho Instalado: 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.
17/04/23 Alba Figueiredo da Rocha
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
13/04/23 Luciana Cristina Ribeiro Gamaliel Souza
Data Assinatura Dentista/Ortodontista CRO-MG 30331