

Código Beneficiário: 0020250875100604201

Beneficiário: Matheus Gomes da Silva

Titular:

Dentista: Bernardo Mario Pinheiro de Almeida

CRO/UF: 22339-PR

Dentição:	Permanente ☒ Mista () Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ☒ Classe II () Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda () Classe III () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I ☒ II () III () Esquerda I ☒ II () III ()
Linha Média:	Coincidente ☒ Desvio Superior: Direita () Esquerda () Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒ Cruzada () Região Anterior () Unilateral () Bilateral () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒ Positivo () Acentuado () Negativo () Moderado () Overbite: Normal ☒ Positivo () Acentuado () Leve () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Alta () Baixa () Normal ☒ Inferior Alta () Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída () Retruída () Bem Posicionada Mandíbula Protruída () Retruída () Bem Posicionada ☒
Apinhamento:	Sim ☒ 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Diastemas Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 Não ☒ 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
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: "Dentes torcidos"

Plano de Tratamento:	Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento e nivelamento, torque, elástico classe II, elástico intercuspidação e finalização</u>

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

Ancoragem Superior (tipo):	<u>Tubo</u> Inferior (tipo): <u>Tubo</u>
Prognóstico	Favorável ☒ Desfavorável () Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>
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.

Assinatura Beneficiário: Matheus G. da Silva

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

Assinatura Profissional: Dr. Bernardo M. P. de Almeida
CRO-PR 22339

Data da Consulta Inicial

Data



Identificação

Matheus Gomes da Silva

Nascimento: 07/07/1993

Idade: 30 a 07 m

Sexo: Masculino

Data: 20/02/2024

Profissão: assistente adm.



Endereço

Rua: Bruno Ramon Pereira

Número:

Bairro: São Miguel

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99906-5391

Filiação

Pai:

Mãe:

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Local de Trabalho:

Telefone:

Telefone:

Cônjuge

Nome:

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) CRC

HISTÓRIA MÉDICA

O PACIENTE JÁ APRESENTOU:

- ☐ ASMA
- ☐ ANEMIA
- ☐ ALERGIA
- ☐ DOENÇAS SANGUÍNEAS
- ☐ DOENÇA ÓSSEA
- ☐ DIABETE
- ☐ EPILEPSIA
- ☐ PROBLEMAS ENDÓCRINOS
- ☐ PROBLEMAS EMOCIONAIS
- ☐ DOENÇAS DA INFÂNCIA

- ☐ DOENÇAS CARDÍACAS
- ☐ DISTÚRBIOS AUDITIVOS
- ☐ DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS
- ☐ TRAUMATISMOS DA FACE OU CABEÇA
- ☐ HERPES
- ☐ HEPATITE
- ☐ FEBRE REUMÁTICA
- ☐ FRATURAS ÓSSEAS

INGERE D-ROGAS OU MEDICAMENTOS: _____ ANTICONCEPCIONAL: _____

ANOMALIAS DE NASCIMENTO: _____ TIPO FÍSICO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ÓSSEO: _____

CIRURGIA ANTERIOR: _____

• SAÚDE ATUAL: _____



CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

DOCUMENTAÇÃO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Rua Coronel Vidal Martins de Oliveira, 449 - Fone: (42) 3232-0843
Vila Rio Branco - Castro - PR | www.radiologiacastro.com.br

FICHA CLÍNICA

Matheus Gomes da Silva

Nascimento: 07/07/1993

Idade: 30 a 07 m

Data: 20/02/2024



CONTROLE

- | | |
|--|--|
| ☐ PLACA DENTAL | ☐ CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO |
| ☐ CÁRIE _____ | ☐ ATM |
| ☐ PERIODONTAL _____ | ☐ HÁBITOS BUCAIS |
| | ☐ |
| ☐ APLIC. TÓPICA FLÚOR _____ | ☐ DEGLUTIÇÃO ATÍPICA |
| ☐ REABSORÇÃO RADICULAR | ☐ INTERPOSIÇÃO DE LÍNGUA |
| ☐ RELAÇÃO MOLAR/CANINO | ☐ RESPIRADOR BUCAL |
| ☐ SOBREMORDIDA HORIZ/VERT. | ☐ FONOAUDIOLOGIA |
| ☐ MORDIDA CRUZADA | ☐ EXTRANUMERÁRIOS |
| ☐ PERÍMETRO DO ARCO | ☐ ERUPÇÃO RETARDADA |
| ☐ FOTOS _____ | ☐ _____ |
| ☐ SLIDES _____ | ☐ _____ |
| ☐ RADIOGRÁFICO _____ | ☐ _____ |

CLÍNICO

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ BC _____ | ☐ PLA _____ H | ☐ L M _____ m.m. |
| ☐ CD _____ | ☐ ORTOPEDIA _____ | ☐ _____ |
| ☐ XP _____ | ☐ DISJUNÇÃO PALATAL | ☐ _____ |
| ☐ AEB (____) GR ____ H | ☐ DC _____ m.m. | ☐ _____ |

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



ANÁLISE DE MODELO Matheus Gomes da Silva

Nascimento: 07/07/1993

Idade: 30 a 7m

Data: 20/02/2024



DISCREPÂNCIA DE TAMANHO DENTÁRIO

SUPERIOR 12 = _____

6 = _____

INFERIOR 12 = _____

6 = _____

DISCREPÂNCIA POR SEGMENTOS

SUPERIOR

ESPAÇO PRESENTE	ESPAÇO REQUERIDO	D.M.
III _ III mm	21 _ I _ 12 mm	mm
6 _ 2 mm	5 4 3 mm	Mm
2 _ 6 mm	3 4 5 mm	Mm

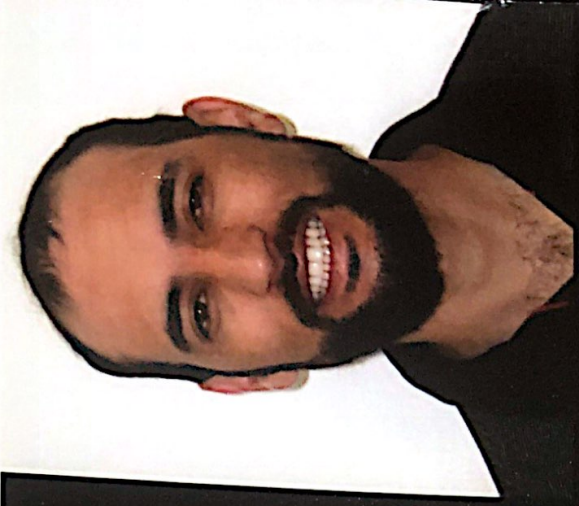
INFERIOR

ESPAÇO PRESENTE	ESPAÇO REQUERIDO	D.M.
III _ III mm	21 _ I _ 12 mm	mm
6 _ 2 mm	5 4 3 mm	mm
2 _ 6 mm	3 4 5 mm	mm

INTERLANDI

SUPERIOR INFERIOR

CLASSIFICAÇÃO		
REL. MOLAR DIREITO	MORDIDA CRUZADA	REL. DENTES/BASE ÓSSEA
REL. MOLAR ESQUERDO	LINHA MÉDIA SUP.	DIASTEMA SUP.
REL. CANINA DIREITA	LINHA MÉDIA INF.	DIASTEMA INF.
REL. CANINA ESQUERDA	CURVA DE SPEE	ASSIM. TRANSV.
SOBREMORDIDA HORIZ.	APINHAMENTO SUP.	ASSIM. ANTERO/POST.
SOBREMORDIDA VERT.	APINHAMENTO INF.	



Matheus Gomes da Silva
D.N: 07/09/1993



Paciente: **Matheus Gomes da Silva**

Atendimento: **21/02/2024**

Data Nascimento: **07/07/1993**

Idade: **30 a 7 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Centro Radiológico de Castro**

Registrado para: **LUCIANE F.S. IMBRONIZIO**

N.º série: 1796
<http://www.cdt.com.br>

Ângulo Facial (F. N-Pog)	90,92 °	88,0 ± 1	2,92	Acima
Ângulo Convexidade (N-A. Pog)	-1,08 °	0,0 ± 2	-1,08	Normal
SNA	78,68 °	82,0	-3,32	
SNB	76,77 °	80,0	-3,23	
ANB	1,91 °	2,0	-0,09	
SND	75,38 °	76,0	-0,62	

Ang. "Y" de Crescimento (S-N. Gn)	70,05 °	67,0	3,05	
Plano Oclusal (S-N. Ocl)	9,59 °	14,0	-4,41	
Plano Mandibular (S-N. Go-Me)	40,70 °	32,0	8,70	
Plano Oclusal (Go-Gn. Ocl)	29,42 °	18,0	11,42	

1/.1 (Ang. Interincisivos)	136,67 °	131,0 ± 10	5,67	Normal
1/.NS (Incl. Incisivo superior)	103,06 °	103,0	0,06	
1/ - Órbita	9,39 mm	5,0	4,39	
1/.NA (Incl. Incisivo superior)	24,38 °	22,0	2,38	
1/ - NA (Pos. Incisivo superior)	2,79 mm	4,0	-1,21	
1/ . NB (Incl. Incisivo inferior)	17,05 °	25,0	-7,95	
1/ - NB (Pos. Incisivo inferior)	2,55 mm	4,0	-1,45	
1/ - NPog (Násio - Pogônio)	0,79 mm	0,0	0,79	
6/ - NA (1º Molar Superior - NA)	16,75 mm	25,1	-8,35	
16 - NB (1º Molar Inferior - NB)	12,84 mm	21,3	-8,46	

H . NB	4,86 °	10,5	-5,64	
Linha "H" - Ponta Nariz	9,88 mm	10,0 ± 1	-0,12	Normal
Pog - NB	5,04 mm	4,0	1,04	
Eminência Mentoniana	15,97 mm	7,0 ± 1	8,97	Acima

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
FMA	29,02 °	25,0	4,02	
FMIA	71,40 °	68,0	3,40	
IMPA	79,58 °	87,0	-7,42	
TPI	-3,18 mm			

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1/ - Linha 'I' (Interlandi)	0,17 mm	0,0	0,17	
(Go-M) . (V-T)	60,90 °	72,0	-11,10	
F . (V-T)	90,08 °	81,0	9,08	
A - (V-T)	5,11 mm	3,0	2,11	
lii - (V-T)	5,19 mm	6,0	-0,81	
DC (Vigorito)	-1,11 mm			
H . (V-T)	6,50 °	5,0	1,50	

Altura Facial	73,32 mm	83,0	-9,68	
Comprimento Maxilar	49,69 mm	53,0	-3,31	
Comprimento Mandibular	109,97 mm	103,0	6,97	
Comprimento do Corpo	78,45 mm	69,0	9,45	
Comprimento do Ramo	55,13 mm			

Análise USP

Paciente: **Matheus Gomes da Silva**

Atendimento: **21/02/2024**

Data Nascimento: **07/07/1993**

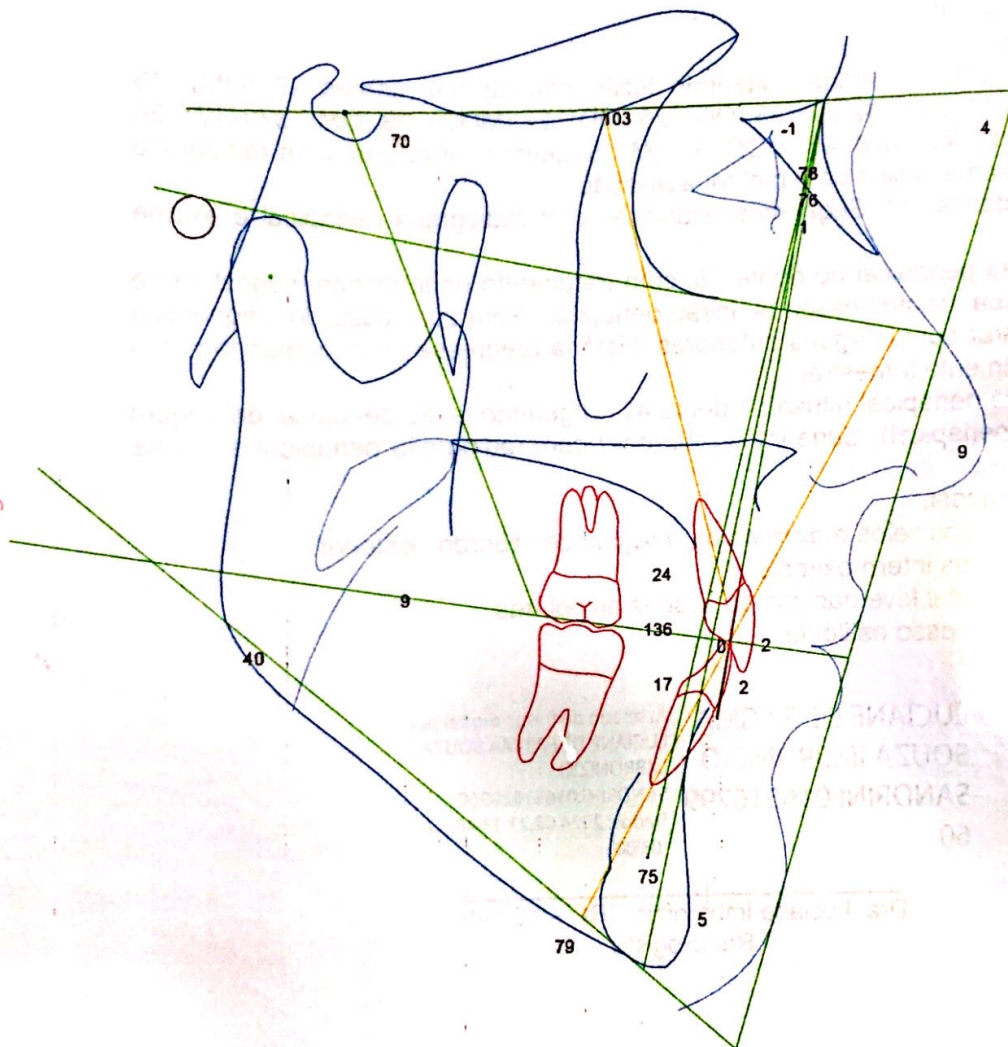
Idade: **30 a 7 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Centro Radiológico de Castro**

Registrado para: **LUCIANE F.S. IMBRONIZIO**

N.º série: 1796
<http://www.cdt.com.br>



CRC- CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

Coronel Vidal Martins de Oliveira - 449 - CEP 84172-555 - CASTRO - PR

Telefone: (42)3232-0843

Homepage: www.radiologiacastro.com.br - email: crc-pr@hotmail.com

Nome: Matheus Gomes da Silva
Data de nascimento: 07/07/1993
Data do exame: 20/02/2024
Idade: 30 anos

Interpretação radiográfica: Radiografia Panorâmica Dentária e Periapical de Incisivos Superiores e Inferiores

As imagens radiográficas sugerem:

- Dentes ausentes: 18, 14, 24, 38 34, 44, 48.
- Extrusão: 28.
- Sobrecontorno: 36 (M).
- Desgaste incisal.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cáriosa nos dentes 17 (OM), 16 (MOD), 15 (MD), 13 (MD), 12 (D), 25 (OD), 26 (MD), 27 (MOD), 28 (OM), 37 (OM), 36 (D), 35 (OD), 43 (D), 45 (MD), 46 (MOD), 47 (M). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Base/coroa protética: 36. Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico.
- Rarefação óssea periapical no dente 36, com tratamento endodôntico, sugestiva de neoformação óssea, cicatriz óssea ou lesão periapical. Para conclusão do diagnóstico sugere-se comparar com imagens anteriores, história pregressa ou acompanhamento radiográfico inicialmente trimestral.
- Rarefação óssea periapical difusa no dente 47, sugerindo lesão periapical de origem pulpar (abscesso periapical). Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico.
- Desvio de septo nasal.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior.
- Presença de cálculos interproximais.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.
- Calcificação do processo estilóide.

LUCIANE DE FATIMA
SOUZA IMBRONIZIO
SANDRINI:016516299
60

Assinado de forma digital por
LUCIANE DE FATIMA SOUZA
IMBRONIZIO
SANDRINI:01651629960
Dados: 2024.02.21 13:48:30
-03'00'

Dra. Luciane Imbronízio CRO – 12.549
Radiologista



Paciente: Matheus Gomes da Silva

Data de nasc: 07-07-1993

Dr(a).Crc

Data do exame: 20-02-2024



20-02-2024

87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1



Paciente: Matheus Gomes Da Silva
Data de nasc: 07/07/93 30anos
Dr.(a): C.R.C



Matheus Gomes da Silva
Centro Radiológico de Castro

20/02/2024



11:08hs

CS 81 OSC 3D

Data do exame: 20/02/24

Rua Coronel Vidal Martins de Oliveira - 449 - Vila Rio Branco - Castro Pr
Telefone/ WhatsApp: (42) 3232-0843 - e-mail: crc-pr@hotmail.com

CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO

Radiologia Odontológica Digital
e Tomografia Computadorizada



Matheus Gomes da Silva

Data: 20/02/2024

Dr. (a) CRC