

Código Beneficiário: 002 025 010 8751 00865 001

Beneficiário: Nesley Carlos Matos

Titular:

Dentista: Fernando Meira Rinhão de Almeida

CRO/UF: 22339-PR

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 ☒	Retruída ()	Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não ☒	
Reabsorção Ossea:	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: mordida aberta anterior

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Indicação de aparatologia autoligada, para melhor expansão dental alveolar superior, alinhamento e nivelamento, instalação de mini-implantes extra-alveolares inferiores bilateral, pt distalização, fechamento de espaços, classe II e interrupção da progressão</u>			
Exodontias:				
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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura do Dentista



Identificação Wesley Barcelos Matias

Nascimento: 04/07/1979

Idade: 45 a 4 m

Sexo: Masculino

Data: 21/11/2024

Profissão: operador



Endereço

Rua: Eurico da Silva Gomes

Número: 21

Bairro:

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: (41) 99608-6553

Filiação

Pai:

Mãe:

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Telefone:

Local de Trabalho:

Telefone:

Cônjuge

Nome:

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

HISTÓRIA MÉDICA O PACIENTE JÁ APRESENTOU:

- | | |
|---|---|
| ☐ ASMA | ☐ DOENÇAS CARDÍACAS |
| ☐ ANEMIA | ☐ DISTÚRBIOS AUDITIVOS |
| ☐ ALERGIA | ☐ DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS |
| ☐ DOENÇAS SANGÜÍNEAS | ☐ TRAUMATISMOS DA FACE OU CABEÇA |
| ☐ DOENÇA ÓSSEA | ☐ HERPES |
| ☐ DIABETE | ☐ HEPATITE |
| ☐ EPILEPSIA | ☐ FEBRE REUMÁTICA |
| ☐ PROBLEMAS ENDÓCRINOS | ☐ FRATURAS ÓSSEAS |
| ☐ PROBLEMAS EMOCIONAIS | |
| ☐ DOENÇAS DA INFÂNCIA | |

INGERE D-ROGAS OU MEDICAMENTOS: _____ ANTICONCEPCIONAL: _____

ANOMALIAS DE NASCIMENTO: _____

ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ÓSSEO: _____ TIPO FÍSICO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

CIRURGIA ANTERIOR: _____

• SAÚDE ATUAL: _____



CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

DOCUMENTAÇÃO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

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

FICHA CLÍNICA Wesley Barcelos Matias

Nascimento: 04/07/1979

Idade: 45 a 4 m

Data: 21/11/2024



CONTROLE

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

CLÍNICO

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

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



ANÁLISE DE MODELO Wesley Barcelos Matias

Nascimento: 04/07/1979

Idade: 45 a 4 m

Data: 21/11/2024



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

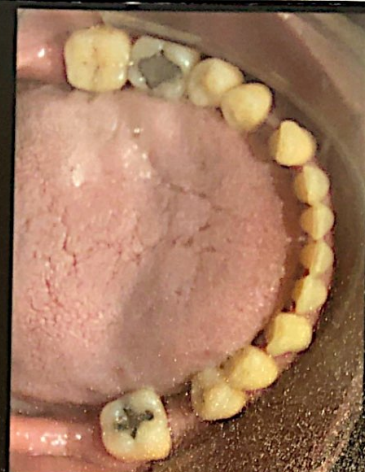
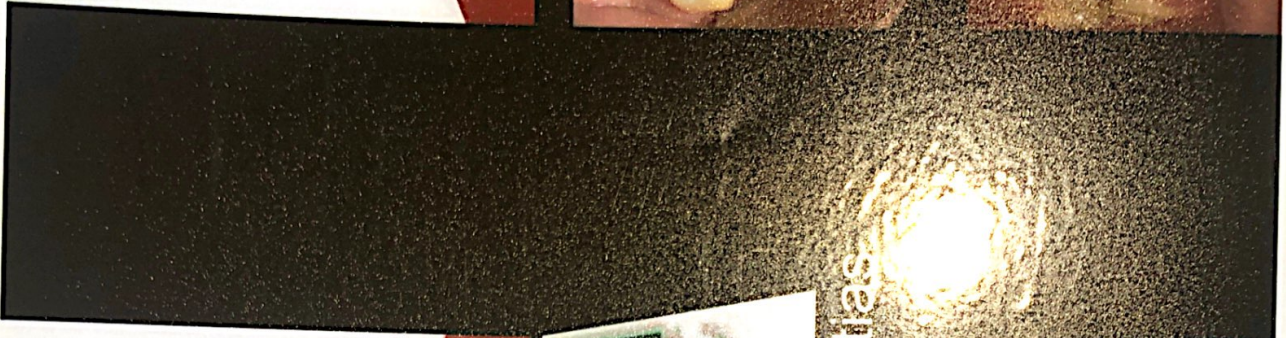
SUPERIOR INFERIOR

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.	

10/01/2019



Wesley Barcelos Matias
D.N:04/07/1979



Paciente: **Wesley Barcelos Matias**

Atendimento: **26/11/2024**

Data Nascimento: **04/07/1979**

Idade: **45 a 4 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Drª. Kanandha Teixeira Cruz**

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

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

PADRÃO CEFÁLICO

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNGoGn (< entre SN e GoGn)	29,28 °	32,0	-2,72	Braqui
SNPLO (< entre SN e PLO)	5,69 °	14,0	-8,31	Braqui
MA	23,00 °	25,0	-2,00	Braqui
INGn (Y) - (< entre SN e SGn)	62,99 °	67,0	-4,01	Braqui
S-N) . (Go-Gn)	29,28 °	31,5 ± 4,6	-2,22	
S-N) . (Go-ME)	32,00 °	32,0 ± 3	0,00	

ELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
NA (< entre SN e NA)	84,46 °	82,0	2,46	Maxila protruída
NB (< entre SN e NB)	83,42 °	80,0	3,42	Mandíbula protruída
NB (< entre A e B)	1,04 °	2,0	-0,96	Normal
ND (< entre SN e ND)	80,97 °	76,0	4,97	Mandíbula protruída

ENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
IA* (< entre 1 e NA)	33,51 °	22,0	11,51	Incisivos sup. vestibularizados
IA (mm) - (Distância entre 1a NA)	6,49 mm	4,0	2,49	Protrusão
IB* (< entre 1 e NB)	23,57 °	25,0	-1,43	Incisivos inf. verticalizados
IB (mm) - (Distância entre 1a NB)	4,34 mm	4,0	0,34	Normal
I (< entre 1 e 1)	121,88 °	131,0	-9,12	Fechado
PA (< entre 1 e GoMe)	88,15 °	87,0	1,15	Incisivos inf. vestibularizados

RFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
O (Osso Nasal Pd FK)	34,48 °	22,5 ± 7,5	11,98	Macrominico
Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	11,53 mm	10,0 ± 1,0	1,53	Côncavo
P (< entre NA e APog)	-1,55 °	0,0	-1,55	Côncavo
gNB (Distância entre Pog a NB)	3,28 mm			Qto maior, maior fica o crescimento

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

Paciente: **Wesley Barcelos Matias**

Atendimento: **26/11/2024**

Data Nascimento: **04/07/1979**

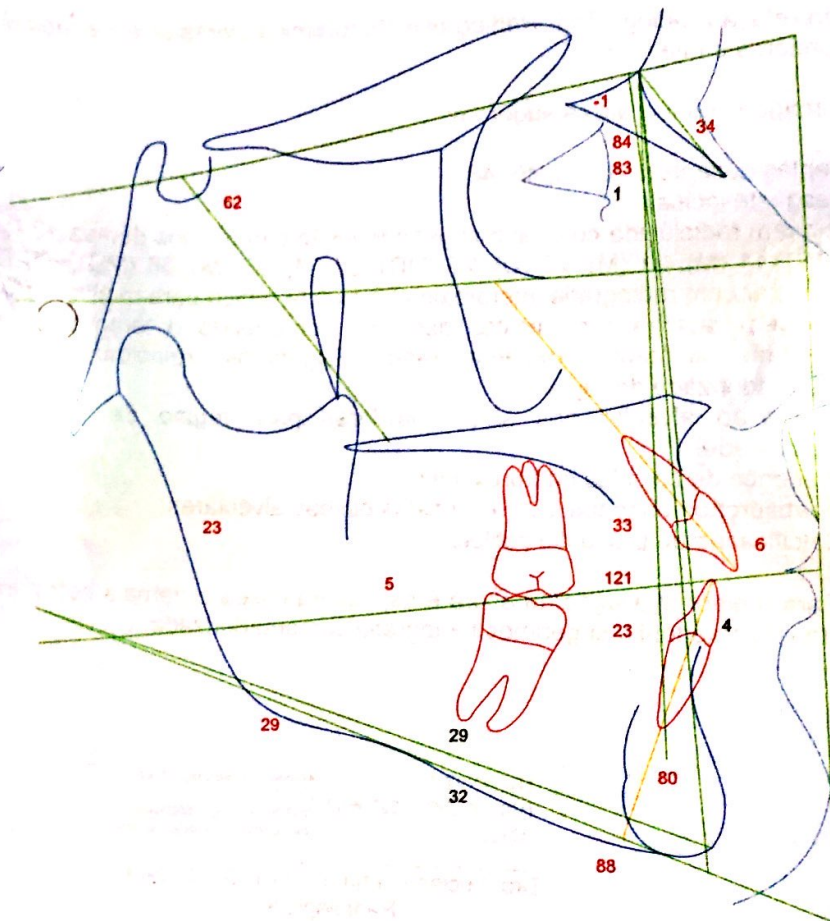
Idade: **45 a 4 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Drª. Kanandha Teixeira Cruz**

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: Wesley Barcelos Matias
Data de nascimento: 04/07/1979
Data do exame: 21/11/2024
Idade: 45 anos
Indicação: Dra. Kanandha Teixeira Cruz

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

As imagens radiográficas sugerem:

- Dentes ausentes: 28, 38, 46, 48.
- Desgaste incisal.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cariosa nos dentes 18 (M), 17 (MOD), 16 (D), 11 (M), 21 (M), 25 (D), 26 (MD), 27 (M), 37 (M), 36 (MD), 35 (D). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Imagem radiopaca de limites definidos sobrepondo o terço apical do dente 11 sugerindo elemento extranumerário. Sugerimos relacionar com tomografia computadorizada da região.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e tuberosidade.
- Presença de cálculos interproximais.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.
- Calcificação do processo estilóide.

* Para melhor avaliação da altura e espessura óssea e demais estruturas anatômicas para implantodontia sugerimos tomografia computadorizada.

LUCIANE F S
IMBRONIZIO:115279660
00106

Assinado de forma digital por
LUCIANE F S
IMBRONIZIO:11527966000106
Dados: 2024.11.25 08:55:24 -03'00'

Dra. Luciane Imbronzio CRO – 12.549
Radiologista



Paciente: Wesley Barcelos Matias

Data de nasc: 04-07-1979 00:00:00

Dr(a).Kanandha Teixeira Cruz

Data do exame: 21-11-2024



21-11-2024 16:14:87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

F11





CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO

Radiologia Odontológica Digital
e Tomografia Computadorizada



Wesley Barcelos Matias

Data: 21/11/2024

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

