

Código Beneficiário: 002 025 108 751 00354901
Beneficiário: feali do Rio da Liberdade
Titular: _____
Dentista: Fernando Maria Pinheiro de Almeida CRO/UF: 22339-AP

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II (X) III ()	Esquerda I () II () III (X)	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior: Direita () Esquerda (X)	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	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 (X)	Sim ()	

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos"

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (X)
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (X) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: Exodontia 24, alinhamento e nivelamento, correção da mordida com elástico classe II e III, intercuspidação e finalização.

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 Inferior (tipo): tubo
Prognóstico: Favorável (X) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo



Identificação

Joceli do Rocio da Silva

Nascimento: 17/04/1984

Idade: 40 a 5 m

Sexo: Feminino

Data: 19/09/2024

Profissão: Analista de Negócios



Endereço

Rua: Chile 137

Número:

Bairro: Rosario

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99106-5667

Filiação

Pai:

Mãe:

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Telefone:

Local de Trabalho:

Telefone:

Cônjuge

Nome: Jefferson Roque M. Santos

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

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: _____

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

CIRURGIA ANTERIOR: _____

* SAUDE 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

Joceli do Rocio da Silva

Nascimento: 17/04/1984

Idade: 40 a 05 m

Data: 19/09/2024



CONTROLE

- | | |
|--|--|
| ☐ PLACA DENTAL | ☐ CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO |
| ☐ CÁRIE _____ | ☐ ATM |
| ☐ PERIODONTAL _____ | ☐ HÁBITOS BUCAIS |
| | ☐ |
| ☐ APLIC. TÓPICA FLUÓR _____ | ☐ 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 | ☐ DM _____ m.m. |
| ☐ CD _____ | ☐ ORTOPEDIA _____ | ☐ _____ |
| ☐ XP _____ | ☐ DISJUNÇÃO PALATAL | ☐ _____ |
| ☐ AEB () GR H | ☐ DC _____ m.m. | ☐ _____ |

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



ANÁLISE DE MODELO
Joceli do Rocio da Silva
 Nascimento: 17/04/1984
 Idade: 40 a 05 m
 Data: 19/09/2024



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.	



Joceli do Rocio da Silva
D.N.:17/04/1984



Paciente: **Joceli do Rocio da Silva**

Atendimento: **20/09/2024**

Data Nascimento: **17/04/1984**

Idade: **40 a 5 m**

Sexo: **Feminino**

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)	33,92 °	32,0	1,92	Dólico
SNPLO (< entre SN e PLO)	10,73 °	14,0	-3,27	Braqui
FMA	26,30 °	25,0	1,30	Dólico
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	66,85 °	67,0	-0,15	Meso
(S-N) . (Go-Gn)	33,92 °	31,5 ± 4,6	2,42	
(S-N) . (Go-ME)	35,34 °	32,0 ± 3	3,34	

RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	86,60 °	82,0	4,60	Maxila protruída
SNB (< entre SN e NB)	79,99 °	80,0	-0,01	Normal
ANB (< entre A e B)	6,61 °	2,0	4,61	Classe II
SND (< entre SN e ND)	77,42 °	76,0	1,42	Mandíbula protruída

DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA* (< entre 1 e NA)	9,96 °	22,0	-12,04	Incisivos sup. verticalizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	0,64 mm	4,0	-3,36	Retrusão
1NB* (< entre 1 e NB)	23,74 °	25,0	-1,26	Incisivos inf. verticalizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	5,19 mm	4,0	1,19	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	139,69 °	131,0	8,69	Aberto
IMPA (< entre 1 e GoMe)	88,41 °	87,0	1,41	Incisivos inf. vestibularizados

PERFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	36,07 °	22,5 ± 7,5	13,57	Macrorrinico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	6,63 mm	10,0 ± 1,0	-3,37	Convexo
NAP (< entre NA e APog)	12,95 °	0,0	12,95	Convexo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	0,48 mm			Qto maior, maior fica c/ 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: **Joceli do Roclo da Silva**

Atendimento: **20/09/2024**

Data Nascimento: **17/04/1984**

Idade: **40 a 5 m**

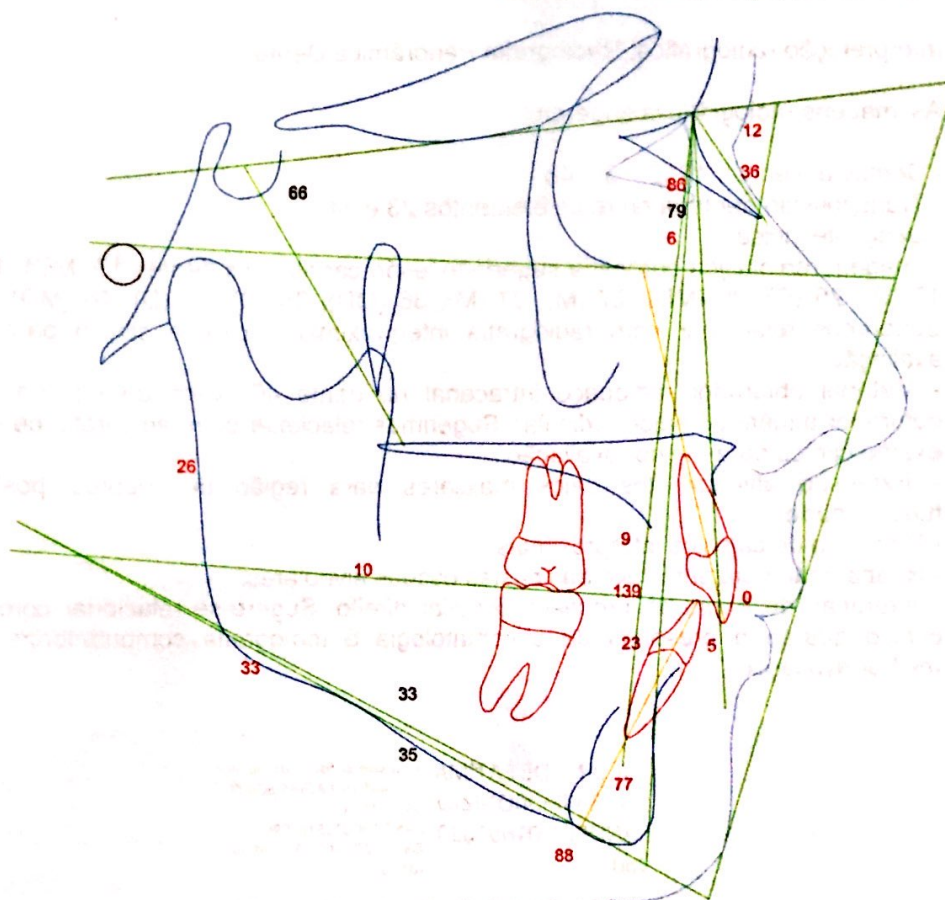
Sexo: **Feminino**

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: Joceli do Rocio da Silva
Data de nascimento: 17/04/1984
Data do exame: 19/09/2024
Idade: 40 anos
Indicação: Dra. Kanandha Teixeira Cruz

Interpretação radiográfica: Radiografia Panorâmica Dentária

As imagens radiográficas sugerem:

- Dentes ausentes: 18, 28, 38, 48.
- Transposição dentária entre os elementos 23 e 24.
- Desgaste incisal.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cariosa nos dentes 17 (MD), 16 (MD), 15 (D), 25 (D), 26 (MD), 27 (M), 37 (M), 36 (MD), 35 (D), 45 (D), 46 (MD), 47 (M). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Material obturador radiopaco intracanal no dente 46. Verifica-se ainda material obturador aquém do ápice radicular. Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico para melhor avaliação.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e tuberosidade.
- Presença de cálculos interproximais.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.
- Alteração de forma do processo condilar direito. Sugere-se relacionar com exame clínico quanto à presença de sintomatologia e tomografia computadorizada para melhor avaliação.

LUCIANE DE FATIMA Assinado de forma digital por
SOUZA IMBRONIZIO LUCIANE DE FATIMA SOUZA
SANDRINI:01651629 IMBRONIZIO
960 SANDRINI:01651629960
Dados: 2024.09.20 11:24:54
-03'00'

Dra. Luciane Imbronzio CRO – 12.549
Radiologista

O laudo radiográfico é um auxílio diagnóstico; não dispensa, portanto a anamnese e o exame físico

CRC

Paciente: Joceli do Rocio da Silva

Data de nasc: 17-04-1984

Dr(a). Kanandha Teixeira Cruz

Data do exame: 19-08-2024 13:15:08



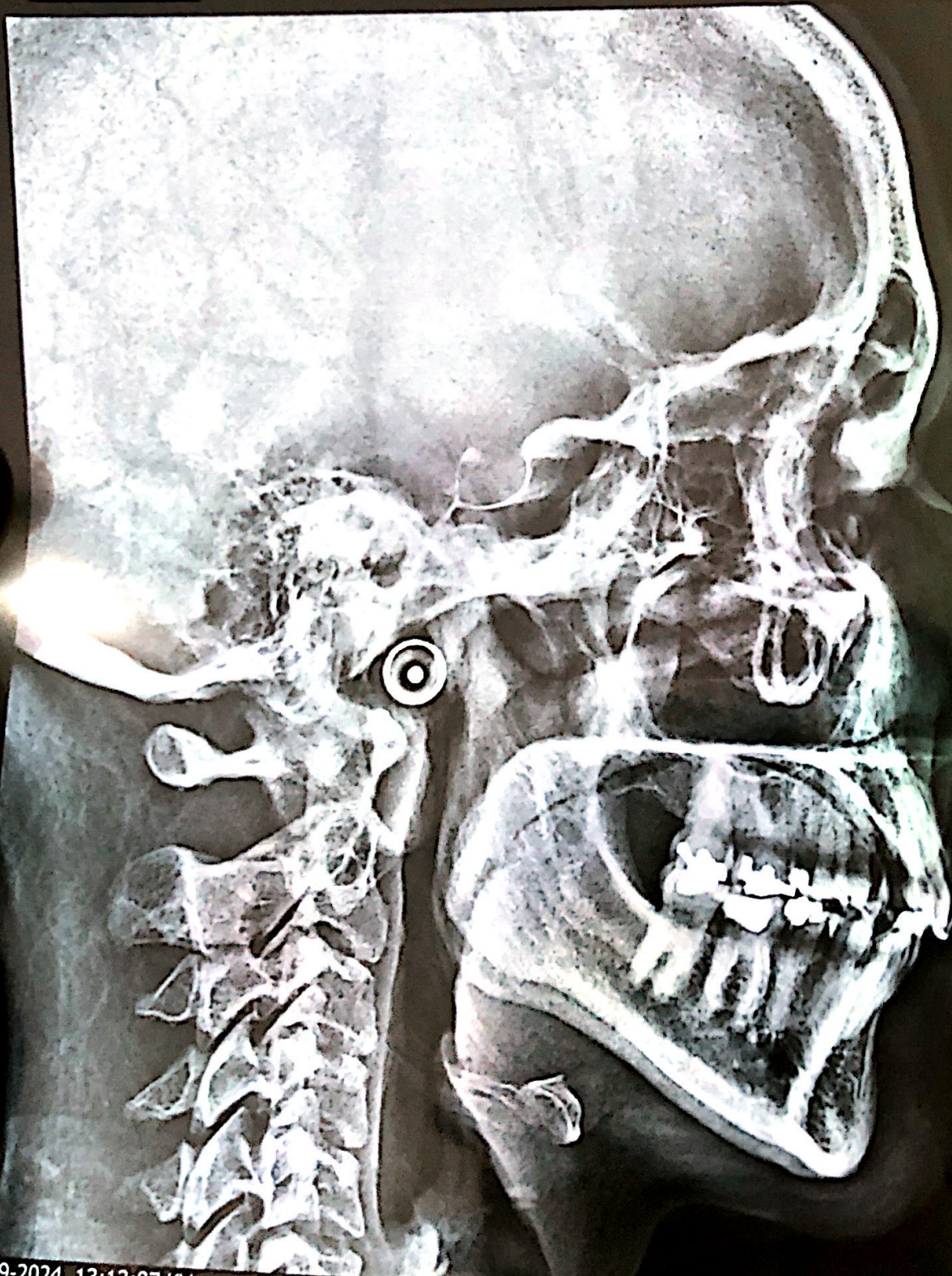


Paciente: Joceli do Rocio da Silva

Data de nasc: 17-04-1984

Dr(a).Kanandha Teixeira Cruz

Data do exame: 19-09-2024



19-09-2024 13:13:87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1

CENTRO RADIOLOGICO DE CURTUM
Radiologia Odontologica Geral
e Tomografia Computadorizada



Joceli do Rocio da Silva

Data: 19/09/2024

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

