

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 002 0251 08751 00686601

Beneficiário: Ruan Guilherme Martins Teixeira

Titular:

Dentista: Fernando Mario Pinheiro 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 Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não ☒	Radicular:
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: "Quixo grande"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ☒	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	Colagem F, alívio S e depois colagem S, alinhamento e nivelamento, encaminhamento para ortognática, após cirurgia uso de elásticos classe 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 ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	36			
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 necessário.

14/08/23
Data da Consulta InicialF. M. P. de Almeida
Cirurgião Dentista
CRO-PR 22.339

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo



Identificação Ruan Guilherme Martins Teixeira

Nascimento: 06/12/2002

Idade: 20 a 06 m

Sexo: Masculino

Data: 14/06/2023

Profissão: aux. operações



Endereço

Rua:

Número:

Bairro: Itapoitanga

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99970-2064

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: _____ 7 _____

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 Ruan Guilherme Martins Teixeira

Nascimento: 06/12/2002

Idade: 20 a 06 m

Data: 14/06/2023



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. | ☐ FONCAUDIOLOGIA |
| ☐ MORDIDA CRUZADA | ☐ EXTRANUMERARISMO |
| ☐ 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 Ruan Guilherme Martins Teixeira

Nascimento: 06/12/2002

Idade: 20 a 06 m

Data: 14/06/2023



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

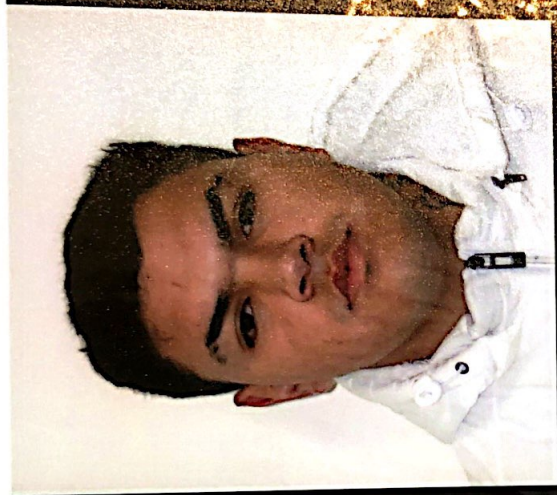
INFERIOR

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.	



Ruan Guilherme Martins eira
D.N:06/12/2002



Paciente: **Ruan Guilherme Martins Teixeira**
Atendimento: **15/06/2023** Data Nascimento: **06/12/2002**
Idade: **20 a 6 m** Sexo: **Masculino**
Indicação: **Centro Radiológico de Castro**
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)	30,61 °	32,0	-1,39	Braqui
SNPLO (< entre SN e PLO)	16,99 °	14,0	2,99	Dólico
FMA	25,49 °	25,0	0,49	Meso
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	59,36 °	67,0	-7,64	Braqui
(S-N) - (Go-Gn)	30,61 °	31,5 ± 4,6	-0,89	
(S-N) - (Go-ME)	32,47 °	32,0 ± 3	0,47	

RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	87,80 °	82,0	5,80	Maxila protruída
SNB (< entre SN e NB)	91,33 °	80,0	11,33	Mandíbula protruída
ANB (< entre A e B)	-3,54 °	2,0	-5,54	Classe III
SND (< entre SN e ND)	88,32 °	76,0	12,32	Mandíbula protruída

DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA* (< entre 1 e NA)	34,03 °	22,0	12,03	Incisivos sup. vestibularizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	7,79 mm	4,0	3,79	Protrusão
1NB* (< entre 1 e NB)	21,67 °	25,0	-3,33	Incisivos inf. verticalizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	4,06 mm	4,0	0,06	Normal
1/1 (< entre 1 e 1)	127,84 °	131,0	-3,16	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	77,87 °	87,0	-9,13	Incisivos inf. verticalizados

PERFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	29,37 °	22,5 ± 7,5	6,87	Mesorrínico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	5,11 mm	10,0 ± 1,0	-4,89	Convexo
NAP (< entre NA e APog)	-8,77 °	0,0	-8,77	Côncavo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	1,45 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: **Ruan Guilherme Martins Teixeira**
Atendimento: **15/06/2023** Data Nascimento: **06/12/2002**
Idade: **20 a 6 m** Sexo: **Masculino**
Indicação: **Centro Radiológico de Castro**
Registrado para: **LUCIANE F.S. IMBRONIZIO**

N.º série: 1796
<http://www.pdt.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: Ruan Guilherme Martins Teixeira
Data de nascimento: 06/12/2002
Data do exame: 14/06/2023
Idade: 20 anos

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

As imagens radiográficas sugerem:

- Dente ausente: 38.
- Dilaceração/curvatura radicular: 17, 13, 23, 24, 28.
- Extrusão: 27 e 28.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cariosa nos dentes 18 (OM), 17 (MOD), 16 (MOD), 15 (MD), 14 (MOD), 13 (MD), 12 (MD), 11 (D), 21 (D), 22 (MD), 23 (MD), 24 (MOD), 25 (MOD), 26 (MD), 27 (MOD), 28 (OM), 37 (OM), 36 (MOD), 35 (D), 45 (D), 46 (MOD), 47 (MOD), 48 (M). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Rarefação óssea periapical difusa nos dentes 17, 27 e 36, sugerindo lesão periapical de origem pulpar (abscesso periapical). Sugere-se relacionar com radiografia periapical e exame clínico
- Rarefação óssea periapical no dente 15, 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.
- Hipotransparência dos seios maxilares.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e tuberosidade.
- Presença de cálculos interproximais.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.

LUCIANE F S
IMBRONIZIO:11
527966000106

Assinado de forma digital por
LUCIANE F S
IMBRONIZIO:11527966000106
Dados: 2023.06.15 14:16:53
-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.

Ruan Guilherme Martins Teixeira
Centro Radiológico de Castro

14/06/2023



10:04hs

CS 81 OSC 30

Rua Coronel Vidal Martins de Oliveira - 449 - Vila Rio Branco - Castro PR Data do exame: 14/06/23
Telefone/ WhatsApp: (42) 3232-0843 - e-mail: crc-pr@hotmail.com

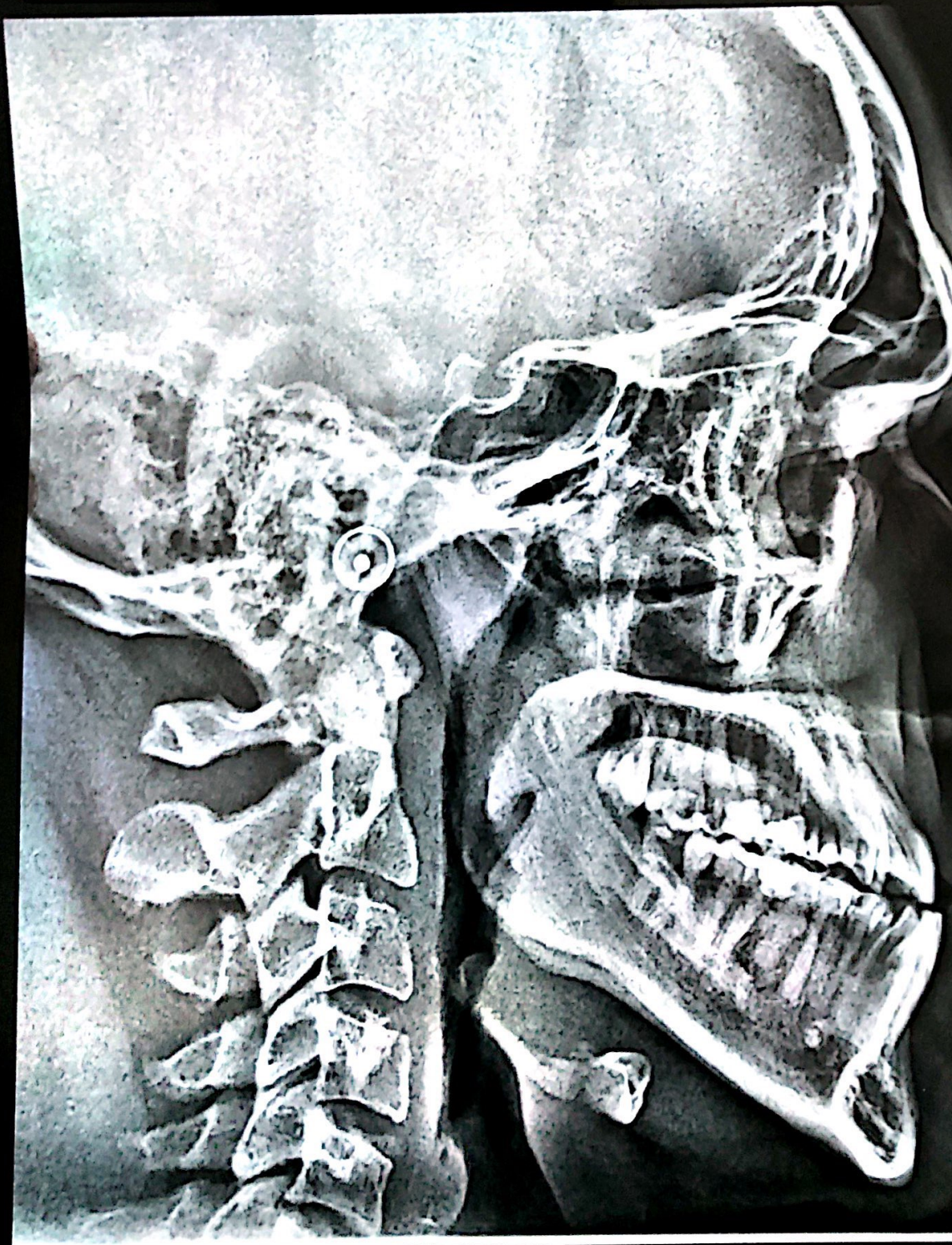


Paciente: Ruan Guilherme Martins Teixeira

Data de nasc: 06-12-2002

Dr(a).CRC

Data do exame: 14-06-2023



14-06-2023

87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1