

Código Beneficiário: 002 025 045537100002101
Beneficiário: Chelerson de Mello Carmeiro
Titular: _____
Dentista: Fernando Mario Fialho de Almeida CRO/UF: 223391PR

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 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:	<u>Braco 18/28/38 e 48, Tratamento clínico, colocação aparelho, alinhamento e nivelamento, stripping 45/46/43/42/41/31/32/33/34 e 35, elásticos classe II e finalizações</u>			
Exodontias:	<u>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 49 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38</u>			
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: 25/09/15 Assinatura Profissional: _____

Dr. Fernando M. A. de Almeida
Cirurgião Dentista
CRO-PR 22.339



Identificação

Cleberson de Mello Carneiro

Nascimento: 14/07/1996

Idade: 29 a 2 m

Sexo: Masculino

Data: 23/09/2025

Profissão:



Endereço

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99907-8290

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) 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: _____

* 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

Cleberson de Mello Carneiro

Nascimento: 14/07/1996

Idade: 29 a 2 m

Data: 23/09/2025



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 _____ | ☐ _____ |
| ☐ RADIOGRÁFICOS _____ | ☐ _____ |

CLÍNICO

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

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



ANÁLISE DE MODELO Cleberson de Mello Carneiro

Nascimento: 14/07/1996

Idade: 29 a 2 m

Data: 23/09/2025



DISCREPÂNCIA DE TAMANHO DENTÁRIO

SUPERIOR 12 = _____

6 = _____

INFERIOR 12 = _____

6 = _____

DISCREPÂNCIA POR SEGMENTOS

SUPERIOR

ESPAÇO PRESENTE			
III _ III	mm	mm	mm
6 _ 2	mm	5 4 3	Mm
2 _ 6	mm	3 4 5	Mm

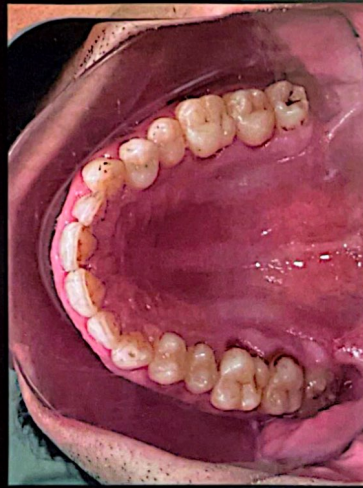
INFERIOR

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

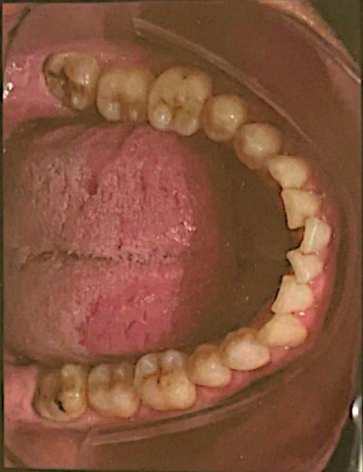
INTERLANDI

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.	



Cleberson de Mello Carneiro
D.N:14/07/1996



Paciente: **Cleberson de Mello Carneiro**

Atendimento: **24/09/2025**

Data Nascimento: **14/07/1996**

Idade: **29 a 2 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Drª. Kanandha Teixeira Cruz**

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

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

PADRÃO CEFÁLICO	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNGoGn (< entre SN e GoGn)	37,98 °	32,0	5,98	Dólico
SNPLO (< entre SN e PLO)	18,22 °	14,0	4,22	Dólico
FMA	22,99 °	25,0	-2,01	Braquil
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	74,66 °	67,0	7,66	Dólico
(S-N) . (Go-Gn)	37,98 °	31,5 ± 4,6	6,48	
(S-N) . (Go-ME)	39,53 °	32,0 ± 3	7,53	
RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	77,32 °	82,0	-4,68	Maxila retruída
SNB (< entre SN e NB)	72,56 °	80,0	-7,44	Mandíbula retruída
ANB (< entre A e B)	4,75 °	2,0	2,75	Classe II
SND (< entre SN e ND)	71,00 °	76,0	-5,00	Mandíbula retruída
DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA° (< entre 1 e NA)	18,22 °	22,0	-3,78	Incisivos sup. verticalizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	2,14 mm	4,0	-1,86	Retrusão
1NB° (< entre 1 e NB)	23,97 °	25,0	-1,03	Incisivos inf. verticalizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	5,21 mm	4,0	1,21	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	133,05 °	131,0	2,05	Aberto
IMPA (< entre 1 e GoMe)	91,88 °	87,0	4,88	Incisivos inf. vestibularizados
PERFIL ÓSSEO E MOLE	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	36,76 °	22,5 ± 7,5	14,26	Macrorrinico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	10,60 mm	10,0 ± 1,0	0,60	Bonito
NAP (< entre NA e APog)	7,52 °	0,0	7,52	Convexo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	2,74 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: **Cleberson de Mello Carneiro**

Atendimento: **24/09/2025**

Data Nascimento: **14/07/1996**

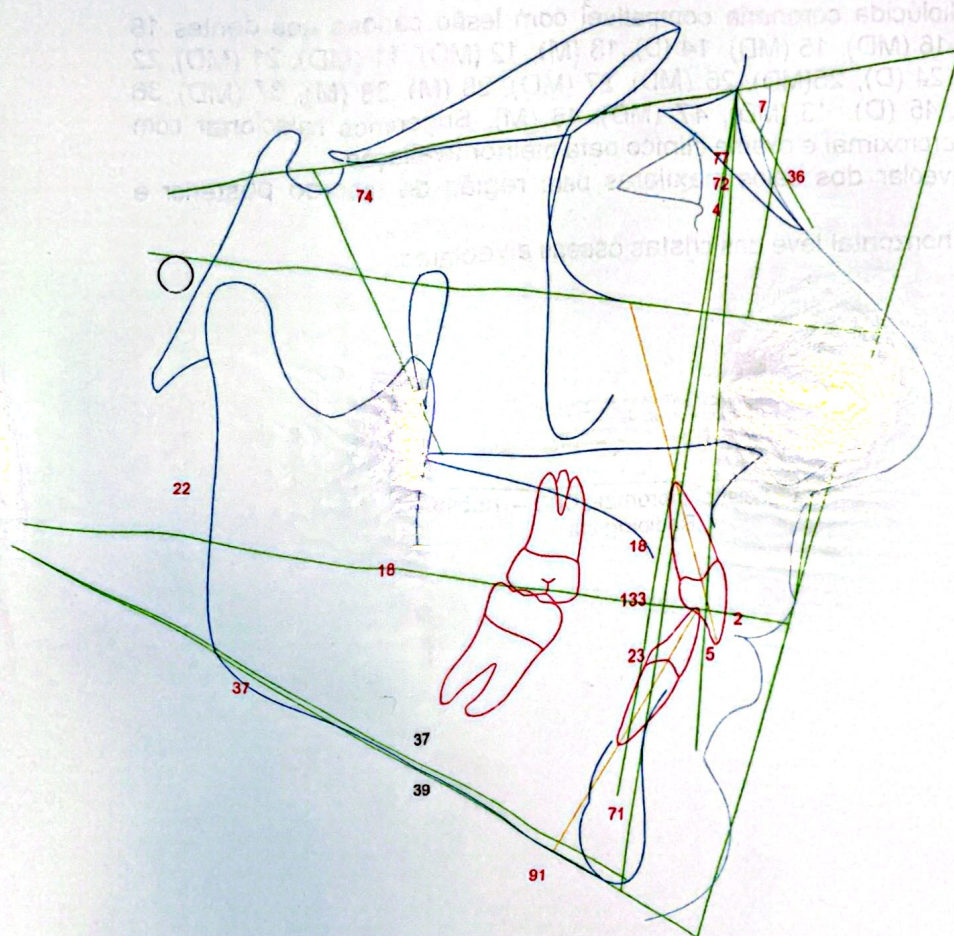
Idade: **29 a 2 m**

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: Cleberson de Mello Carneiro
Data de Nascimento: 14/07/1996
Data do exame: 23/09/2025
Idade: 29 anos
Indicação: Dra. Kanandha Teixeira Cruz

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

As imagens radiográficas sugerem:

- Desgaste incisal.
- Imagem radiolúcida coronária compatível com lesão cariosa nos dentes 18 (M), 17 (MD), 16 (MD), 15 (MD), 14 (D), 13 (M), 12 (MD), 11 (MD), 21 (MD), 22 (MD), 23 (M), 24 (D), 25 (MD), 26 (MD), 27 (MD), 28 (M), 38 (M), 37 (MD), 36 (MD), 35 (D), 45 (D), 46 (MD), 47 (MD), 48 (M). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e tuberosidade.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.

LUCIANE DE FATIMA Autuada de forma digital por
SOUZA IMBRONIZIO LUCIANE DE FATIMA SOUZA
SANDRINI:01651629 IMBRONIZIO
960 SANEAMENTO 01611079940
C3707 2025.09.24 17:45:23

Dra. Luciane Imbronzio CRO – 12.549
Radiologista

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



Paciente: Cleberson De Mello Carneiro
Data de nasc: 14/07/96 29anos
Dr.(a): Kanandha T. Cruz



R
13:33hs

CS 81 OSC 3D

Data do exame: 23/09/25

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

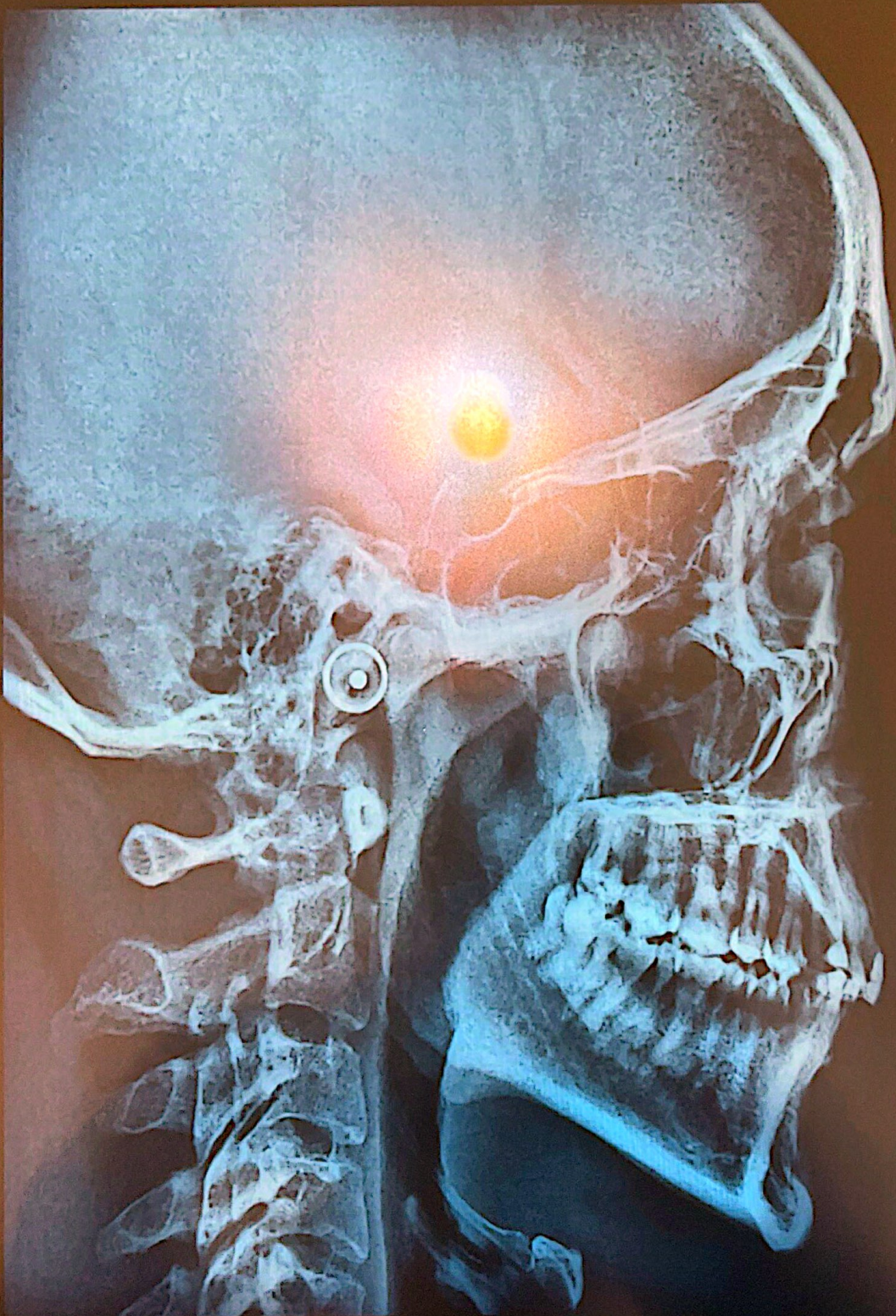


Paciente: Cleberson de Mello Carneiro

Data de nasc: 14-07-1996 00:00:00

Dr(a).Kanandha Teixeira Cruz

Data do exame: 23-09-2025



23-09-2025 13:22:87 KV

10,00 mA

10,00 s

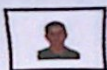
26 mGy.cm²

F11



CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

Radiologia Odontológica Digital
e Tomografia Computadorizada



Cleberson de Mello Carneiro

Data: 23/09/2025

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

