

Código Beneficiário: 002 025 010 875100774102
Beneficiário: Dr. Victor de Quadros Batista
Titular: Fernando Mario Pinheiro de Almeida
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: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal ☒	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior ☒	Alta () Alta ☒	Baixa () Baixa () Normal ☒
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ☒
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
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
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: mandibula errada

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>após término da clínica geral, começar o alinhamento e nivelamento, reduzindo a distância posterior, elástico de classe III direita e após intercuspidação, a 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	
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: 02.12.24 Assinatura Beneficiário: [Assinatura]

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Data: 02.12.24 Assinatura Dentista: [Assinatura]

Dr. Fernando M. Pinheiro de Almeida
Cirurgião Ortodontista
CRO-PR 22.339



Identificação

João Vitor de Quadros Batista



Nascimento: 11/08/2011

Idade: 13 a 3 m

Sexo: Masculino

Data: 18/11/2024

Profissão: estudante

Endereço

Rua: Cid Dalton Kiel

Número:

Bairro:

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99826-4836

Filiação

Pai: Cleverson Edenilso Batista

Mãe: Elisane de Quadros

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 SANGÜÍNEAS
- ☐ 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: _____

	PERSONAL INFORMATION NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ ADDRESS: _____ PHONE: _____ EMAIL: _____	
--	---	---

EDUCATION SCHOOL: _____ DEGREE: _____ MAJOR: _____ MINOR: _____ GRADUATION YEAR: _____	EMPLOYMENT HISTORY COMPANY: _____ POSITION: _____ START DATE: _____ END DATE: _____ REASON FOR LEAVING: _____
---	--

SKILLS LANGUAGE: _____ TOOL: _____ SOFTWARE: _____	REFERENCES NAME: _____ POSITION: _____ CONTACT: _____
---	--

DECLARATION I hereby declare that the information provided is true and correct.	SIGNATURE _____
--	--------------------------------------

	NAME: _____ ADDRESS: _____ DATE: _____ TELEPHONE: _____ STREET: _____	
---	--	--

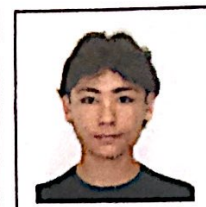


ANÁLISE DE MODELO João Vitor de Quadros Batista

Nascimento: 11/08/2011

Idade: 13 a 3m

Data: 14/11/2024



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.	



João Vitor de Quadros Batista
D.N:11/08/2011

Paciente: **João Vitor de Quadros Batista**

Atendimento: **22/11/2024**

Data Nascimento: **11/08/2011**

Idade: **13 a 3 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Dr. 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)	33,86 °	32,0	1,86	Dólico
SNPLO (< entre SN e PLO)	19,13 °	14,0	5,13	Dólico
FMA	27,97 °	25,0	2,97	Dólico
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	70,28 °	67,0	3,28	Dólico
(S-N) - (Go-Gn)	33,86 °	31,5 ± 4,6	2,36	
(S-N) - (Go-ME)	36,50 °	32,0 ± 3	4,50	

RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	82,83 °	82,0	0,83	Normal
SNB (< entre SN e NB)	77,68 °	80,0	-2,32	Mandíbula retruída
ANB (< entre A e B)	5,15 °	2,0	3,15	Classe II
SND (< entre SN e ND)	74,48 °	76,0	-1,52	Mandíbula retruída

DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA* (< entre 1 e NA)	22,79 °	22,0	0,79	Normal
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	2,51 mm	4,0	-1,49	Retrusão
1NB* (< entre 1 e NB)	32,51 °	25,0	7,51	Incisivos inf. vestibularizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	6,45 mm	4,0	2,45	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	119,55 °	131,0	-11,45	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	98,33 °	87,0	11,33	Incisivos inf. vestibularizados

PERFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	29,10 °	22,5 ± 7,5	6,60	Mesiorrínico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	-5,84 mm	10,0 ± 1,0	-15,84	Convexo
NAP (< entre NA e APog)	10,27 °	0,0	10,27	Convexo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	1,04 mm			Qto maior, maior fica c/ crescimento

CRC- CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

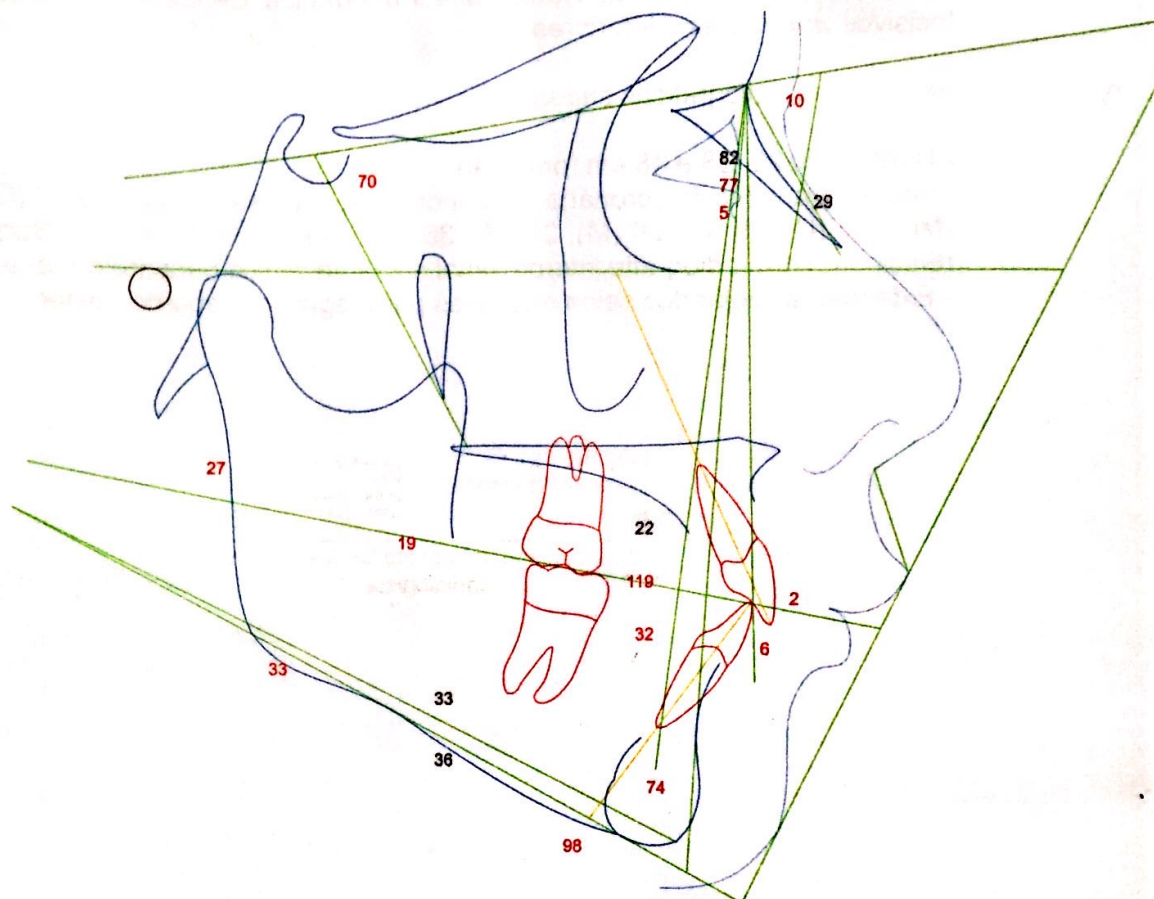
Coronel Vidal Martins de Oliveira - 449 - CEP 84172-555 - CASTRO - PR

Telefone: (42)3232-0843

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

Paciente: **João Vitor de Quadros Batista**
Atendimento: **22/11/2024** Data Nascimento: **11/08/2011**
Idade: **13 a 3 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: João Vitor de Quadros Batista
Data de Nascimento: 11/08/2011
Data do exame: 18/11/2024
Idade: 13 anos
Indicação: Dra. Kanandha T. Cruz

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

As imagens radiográficas sugerem:

- Dentes 18, 28, 38 e 48 em formação.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cariosa nos dentes 17 (OM), 16 (MD), 15 (D), 25 (D), 26 (M), 37 (M), 36 (D), 46 (face livre), 47 (O). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior.

LUCIANE F S
IMBRONIZIO:1152796
6000106

Assinado de forma digital por
LUCIANE F S
IMBRONIZIO:11527966000106
Dados: 2024.11.19 13:55:15 -03'00'

Dra. Luciane Imbronizio CRO – 12.549
Radiologista

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



10:12hs

CS 21/05/2024

Data do exame: 18/11/24

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



Paciente: João Vitor de Quadros Batista

Data de nasc: 11-08-2011 00:00:00

Dr(a).Kanandha Teixeira Cruz

Data do exame: 18-11-2024



18-11-2024 09:00:87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1



CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO
Radiologia Odontologica Digital
e Tomografia Computadorizada



João Vitor de Quadros Batista

Data: 18/11/2024

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

