

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

 Código Beneficiário: 002 025 01 08 751 00 93 0301

Beneficiário:

Titular:

Julio Lezar Feliciano

Dentista:

Fernando Mario Pinho de AlmeidaCRO/UF: 22339 PR.

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ☒	Esquerda I () II () III ☒	Classe III ☒ Subdivisão Direita ☒ Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado ☒ Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta ☒ Alta ☒	Baixa () Baixa () Normal () Normal ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída ☒ Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ☒	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	Diastemas Sim ☒ 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ()	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	Radicular: Sim () 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Não () 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
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 torta"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Aparatologia para travada para AUTOLIGADO, e instalação de 4 mini-implantes e 2 BC e 2 IZO, alinhamento e nivelamento e correção de classe com auxílio dos mini-implantes.</u>			
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):	<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?	<u>paciente não sabe dizer</u>

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

13/01/26
 Dr. Fernando M. P. de Almeida
 CRO/PR 22339
 Carimbo



Identificação

Júlio Cezar Feliciano

Nascimento: 20/02/1988

Idade: 37 a 9 m

Sexo: Masculino

Data: 28/11/2025

Profissão:



Endereço

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99946-8050

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). Maria Luiza Simão Souza

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 RADIOLOGICO 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

Júlio Cezar Feliciano

Nascimento: 20/02/1988

Idade: 37 a 09 m

Data: 28/11/2025



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 _____ | ☐ _____ |
| ☐ 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

Júlio Cezar Feliciano

Nascimento: 20/02/1988

Idade: 37 a 9m

Data: 28/11/2025



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

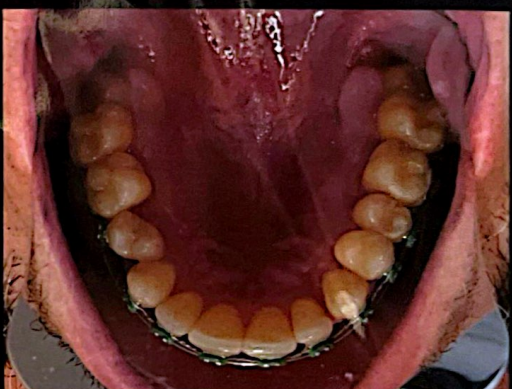
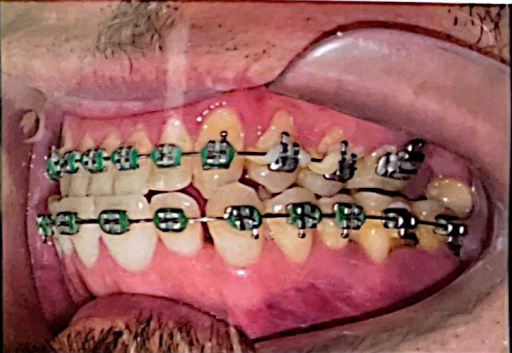
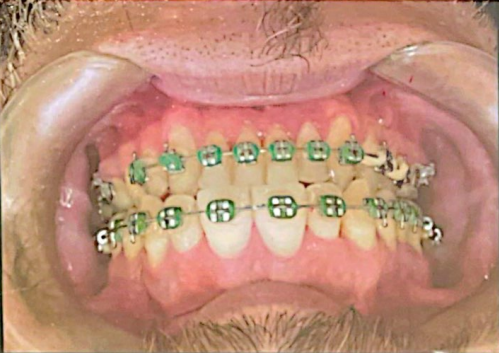
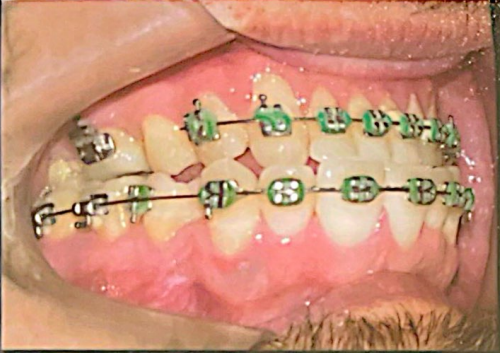
INFERIOR

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.	



Julio Cezar Feliciano
D.N:20/02/1988



Paciente: **Júlio Cezar Feliciano**

Atendimento: **02/12/2025**

Data Nascimento: **20/02/1988**

Idade: **37 a 10 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)	42,24 °	32,0	10,24	Dólico
SNPLO (< entre SN e PLO)	12,53 °	14,0	-1,47	Braqui
FMA	36,08 °	25,0	11,08	Dólico
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	71,21 °	67,0	4,21	Dólico
(S-N) . (Go-Gn)	42,24 °	31,5 ± 4,6	10,74	
(S-N) . (Go-ME)	44,12 °	32,0 ± 3	12,12	
RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	87,94 °	82,0	5,94	Maxila protruída
SNB (< entre SN e NB)	81,79 °	80,0	1,79	Mandíbula protruída
ANB (< entre A e B)	6,15 °	2,0	4,15	Classe II
SND (< entre SN e ND)	79,72 °	76,0	3,72	Mandíbula protruída
DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA* (< entre 1 e NA)	23,25 °	22,0	1,25	Incisivos sup. vestibularizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	3,98 mm	4,0	-0,02	Normal
1NB* (< entre 1 e NB)	34,25 °	25,0	9,25	Incisivos inf. vestibularizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	11,68 mm	4,0	7,68	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	116,34 °	131,0	-14,66	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	88,34 °	87,0	1,34	Incisivos inf. vestibularizados
PERFIL ÓSSEO E MOLE	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	45,69 °	22,5 ± 7,5	23,19	Macrorrinico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	2,63 mm	10,0 ± 1,0	-7,37	Convexo
NAP (< entre NA e APog)	12,32 °	0,0	12,32	Convexo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	0,60 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: **Júlio Cezar Feliciano**

Atendimento: **02/12/2025**

Data Nascimento: **20/02/1988**

Idade: **37 a 10 m**

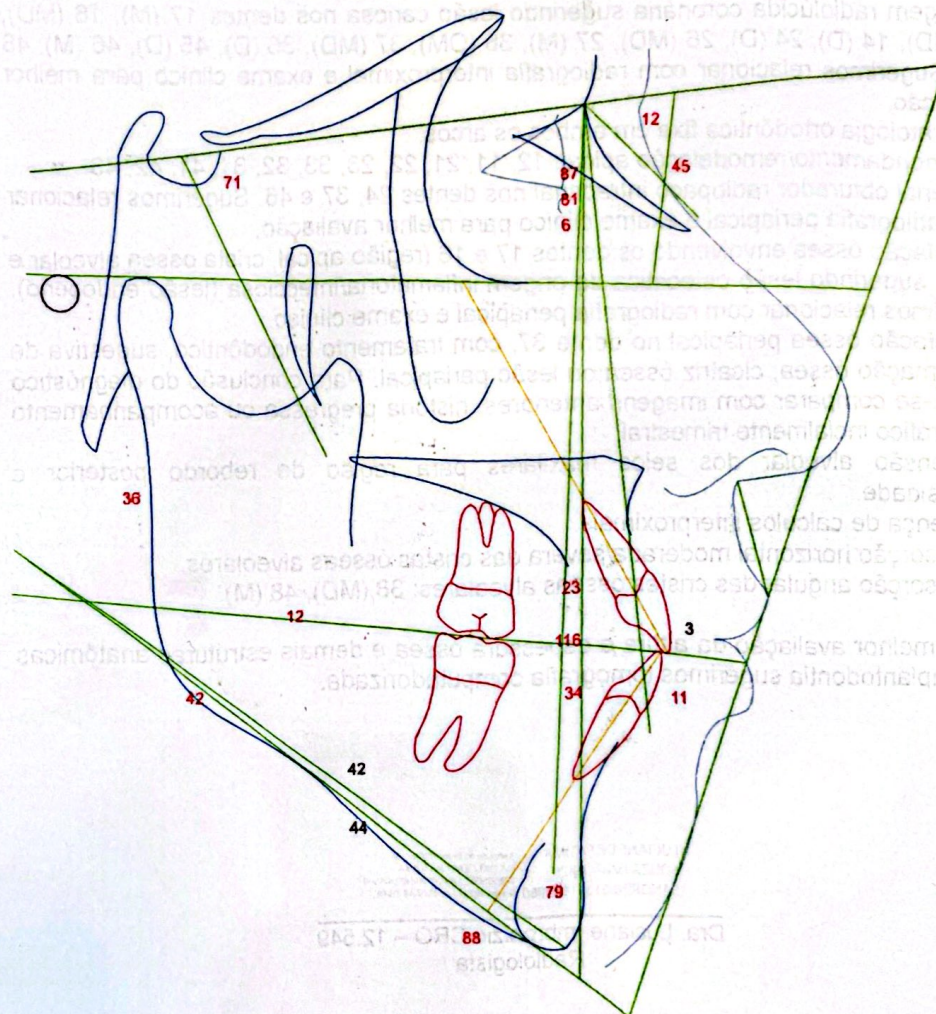
Sexo: **Masculino**

Indicação: **Centro Radiológico de Castro**

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

N.º série: 1796

<http://www.cdt.com.br>



CRC- CENTRO RADIOLOGICO 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: Julio Cezar Feliciano
Data de nascimento: 20/02/1988
Data do exame: 28/11/2025
Idade: 37 anos
Indicação: Dra. Maria Luiza Souza

Interpretação radiográfica: Radiografia Panorâmica Dentária

As imagens radiográficas sugerem:

- Dentes ausentes: 25, 47.
- Hiperementose: 33 e 43.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cariosa nos dentes 17 (M), 16 (MD), 15 (MD), 14 (D), 24 (D), 26 (MD), 27 (M), 38 (OM), 37 (MD), 36 (D), 45 (D), 46 (M), 48 (O). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Aparatologia ortodôntica fixa em ambos os arcos.
- Arredondamento/remodelação apical: 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43.
- Material obturador radiopaco intracanal nos dentes 24, 37 e 46. Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico para melhor avaliação.
- Rarefação óssea envolvendo os dentes 17 e 16 (região apical, crista óssea alveolar e furca), sugerindo lesão osteolítica de origem inflamatória/infecciosa (lesão endoperio). Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico.
- Rarefação óssea periapical no dente 37, 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.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e tuberosidade.
- Presença de cálculos interproximais.
- Reabsorção horizontal moderada/severa das cristas ósseas alveolares.
- Reabsorção angular das cristas ósseas alveolares: 38 (MD), 48 (M).

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

LUCIANE DE FATIMA
SOUZA IMBRONIZIO
SANDRINI:01651629960

Assinado de forma digital por
LUCIANE DE FATIMA SOUZA
IMBRONIZIO SANDRINI:01651629960
Data: 2025.12.01 13:57:48 -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.



Paciente: **Júlio Cezar Feliciano**
Data de nasc: **20-02-1988 00:00:00**
Dr(a). **Maria Luiza S. Souza**

Data do exame: **28-11-2025 14:44:14**





Paciente: Júlio Cezar Feliciano

Data de nasc: 20-02-1988 00:00:00

Dr(a).Maria Luiza S. Souza

Data do exame: 28-11-2025



28-11-2025 14:46:87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1



Júlio Cezar Feliciano

Data:28/11/2025

Dr. (a) Maria Luiza Simão Souza

