



## Análise de Ricketts

Paciente: Cleverson da C. Santos  
Atendimento: 28/02/2022 Data Nascimento: 23/01/2002  
Idade: 20 a 1 m Sexo: Masculino  
Indicação: Dr. Patricia G. Carneiro

Registrado para: PG Radiodonto Radiologia Odontológica S/C Ltda



Nº série: 12345  
http://www.cct.com.br

| Problemas Dentários                     | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
|-----------------------------------------|-----------|-------------|--------|-----------------------------------|
| Relação Molar                           | -2,03 mm  | -3,0 ± 3,0  | 0,97   | Classe I                          |
| Relação dos Caninos                     | -2,26 mm  | -2,0 ± 3,0  | -0,26  |                                   |
| Overjet                                 | 1,38 mm   | 2,5 ± 2,0   | -1,12  | Normal                            |
| Overbite                                | -0,23 mm  | 2,5 ± 2,0   | -2,73  | Tendência a mordida aberta        |
| Extrusão Incisivo Inferior              | -0,52 mm  | 1,25 ± 2,0  | -1,77  | Normal                            |
| Ângulo Interincisivos                   | 112,18 °  | 130,0 ± 6,0 | -17,82 | Diminuído                         |
| Problemas Esqueléticos                  | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
| Concavidade do ponto "A"                | 8,35 mm   | 0,3 ± 2,0   | 8,05   | Classe II                         |
| Altura Facial Inferior                  | 46,45 *   | 47,0 ± 4,0  | -0,55  | Normal                            |
| Problemas Dento - Esqueléticos          | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
| Posição 1º Molar Superior               | 25,42 mm  | 21,0 ± 3,0  | 4,42   |                                   |
| Protrusão do Incisivo Inferior (I1-APo) | 7,13 mm   | 1,0 ± 2,0   | 6,13   | Protrusão                         |
| Protrusão do Incisivo Superior          | 8,50 mm   | 3,5 ± 2,5   | 5,00   | Protrusão                         |
| Inclinação do Incisivo Inferior         | 31,99 °   | 22,0 ± 4,0  | 9,99   | Inclinação acentuada              |
| Inclinação do Incisivo Superior         | 35,83 °   | 28,0 ± 4,0  | 7,83   | Inclinação acentuada              |
| Plano Oclusal ao Ramo (X)               | -12,35 mm | -3,75 ± 3,0 | -8,60  | Tendência a classe III            |
| Inclinação Plano Oclusal                | 31,23 °   | 19,3 ± 4,0  | 11,93  | Acima                             |
| Problemas Estéticos                     | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
| Posição labial inferior                 | 1,41 mm   | -3,7 ± 2,0  | 5,11   | Protruído                         |
| Comprimento Labial Superior             | 28,83 mm  | 24,0 ± 2,0  | 4,83   | Lábio longo                       |
| Comissura Labial / Pl. Oclusal          | -0,40 mm  | -2,65 ± 2,0 | 2,25   | Comissura baixa                   |
| Relação Crânio Facial                   | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
| Profundidade Facial                     | 93,28 *   | 89,64 ± 3,0 | 3,64   | Classe III mandibular             |
| Eixo Facial                             | 86,04 *   | 90,0 ± 3,0  | -3,96  | Tendência dolicocefálica          |
| Cone Facial                             | 60,33 *   | 68,0 ± 3,5  | -7,67  | Dolicocefálico                    |
| Profundidade da Maxila                  | 100,70 *  | 90,0 ± 3,0  | 10,70  | Maxila protruída                  |
| Altura Maxilar                          | 60,57 *   | 66,6 ± 3,0  | -3,97  | Aumentado                         |
| Altura Facial Total                     | 66,59 *   | 60,0 ± 3,0  | 6,59   | Dolicocefal                       |
| Plano Palatal                           | -2,27 *   | 1,0 ± 3,5   | -3,27  | Normal                            |
| Plano Mandibular                        | 26,39 *   | 23,6 ± 4,0  | 2,79   | Normal                            |
| Estruturas Internas                     | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
| Deflexão Craniana                       | 31,15 *   | 27,0 ± 3,0  | 4,15   | Tendência a classe III mandibular |
| Comp. Craniano Anterior                 | 53,63 mm  | 55,0 ± 2,5  | -1,37  | Normal                            |
| Altura Face Posterior                   | 66,02 mm  | 61,8 ± 3,3  | 4,22   | Sugere crescimento horiz. mand    |
| Posição do Ramo                         | 60,08 *   | 76,0 ± 3,0  | -15,92 | Anterior - tende a classe III     |
| Posição do Pólio (ATM)                  | -38,60 mm | -43,0 ± 2,2 | 4,40   | Distal                            |
| Arco Mandibular                         | 19,67 *   | 30,25 ± 4,0 | -10,58 | Mandíbula tipo dolicocefal        |
| Compr. do Corpo Mandibular              | 75,64 mm  | 78,6 ± 2,7  | -2,96  | Sugere classe II mandibular       |
| VERT                                    | Obtido    | Padrão      | Desvio | Obs                               |
| AFAI                                    | 0,14      | 0,0 ± 0,5   | 0,14   | Meso                              |
| Eixo Facial                             | 1,32      | 0,0 ± 0,5   | -1,32  | Dólico                            |
| Profundidade Facial                     | 1,21      | 0,0 ± 0,5   | 1,21   | Braqui                            |
| Plano Mandibular                        | -0,70     | 0,0 ± 0,5   | -0,70  | Dólico suave                      |
| Arco Mandibular                         | 2,64      | 0,0 ± 0,5   | -2,64  | Dólico severo                     |
| CALCULO DO VERT                         | -0,66     | 0,0 ± 0,5   | -0,66  | Dólico suave                      |

Na análise de Ricketts está sendo utilizado o "Gônio construído (cefalométrico)" - Robert M. Ricketts, 1989

PG Radiodonto  
R. Visconde de Nacar, 421 - CEP 84010620 - Ponta Grossa - PR  
Telefone: (42) 3224-2216

Código Beneficiário: 00202540865700076701  
Beneficiário: CLEVERSON M C SANTOS  
Titular: \_\_\_\_\_  
Dentista: PATRICIA GUIDO CARNEIRO CRO/UF: 20624/PE

|                                        |                                                      |                                                     |                                                                           |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Dentição                               | Permanente <input checked="" type="checkbox"/>       | Mista ( )                                           | Decidua ( )                                                               |
| Classificação de Angle                 | Classe I <input checked="" type="checkbox"/>         | Classe II ( )                                       | Classe III ( )                                                            |
| Relação Canina: Direita                | I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( ) | Esquerda                                            | I <input checked="" type="checkbox"/> II ( ) III ( )                      |
| Linha Média                            | Coincidente ( )                                      | Desvio Superior <input checked="" type="checkbox"/> | Desvio Inferior: Direita ( ) Esquerda <input checked="" type="checkbox"/> |
| Relação Transversal                    | Normal <input checked="" type="checkbox"/>           | Cruzada ( )                                         | Região Anterior ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( ) Posterior ( )            |
| Overjet:                               | Normal <input checked="" type="checkbox"/>           | Positivo ( )                                        | Acentuado ( )                                                             |
|                                        |                                                      | Negativo ( )                                        | Moderado ( )                                                              |
|                                        |                                                      |                                                     | Leve ( )                                                                  |
| Inclinação Dentária                    | Superior                                             | Alta <input checked="" type="checkbox"/>            | Baixa ( )                                                                 |
|                                        | Inferior                                             | Alta <input checked="" type="checkbox"/>            | Baixa ( )                                                                 |
| Maxila:                                | Protruída <input checked="" type="checkbox"/>        | Retruida ( )                                        | Bem Posicionada                                                           |
|                                        |                                                      |                                                     | Mandíbula: Protruída ( ) Retruida ( ) Bem Posicionada ( )                 |
| Apinhamento                            | Sim ( )                                              | Não <input checked="" type="checkbox"/>             | Diastemas                                                                 |
|                                        |                                                      |                                                     | Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( )                           |
| Reabsorção Óssea                       | Sim ( )                                              | Não <input checked="" type="checkbox"/>             | Radicular                                                                 |
|                                        |                                                      |                                                     | Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/>                           |
| Discrepância de Modelos                | Superior (em mm)                                     | Inferior (em mm)                                    |                                                                           |
| Dor ou Ruído Articular                 | Direita ( )                                          | Dor Muscular                                        | Direita ( )                                                               |
|                                        | Esquerda ( )                                         |                                                     | Esquerda ( )                                                              |
| Necessidade de Tratamento Complementar | Não <input checked="" type="checkbox"/>              | Sim ( )                                             | Fonoaudiologia ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia Ortognática ( )      |
|                                        |                                                      |                                                     | Implantes ( ) Pré Protéticas ( )                                          |

Queixa Principal do Paciente: ESPAÇO ENTRE OS DENTES

Plano de Tratamento: Preventiva ( ) Interceptiva ( ) Ortopédica ( ) Corretiva ☒  
Aparatologia: Ortopédica Funcional ( ) Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral ( ) Removível ( )  
Descrever Técnica: ALINHAMENTO E NIVELAMENTO DOS DENTES, FECHAMENTO DE DIASTEMAS E CORREÇÃO DA LINHA MÉDIA SUPERIOR.

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): \_\_\_\_\_ Inferior (tipo): \_\_\_\_\_  
Prognóstico: Favorável ☒ Desfavorável ( ) Duvidoso ( )  
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24 meses  
Paciente Possui Aparelho Instalado: Não ☒ Sim ( ) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Previamente? \_\_\_\_\_

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

28/03/22 \_\_\_\_\_  
Data da Consulta Inicial Assinatura Beneficiário

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

13/04/2022 \_\_\_\_\_  
Data Assinatura Profissional e Carimbo

**Patricia G. Carneiro**  
CRO 20624  
CPF 018.112.869-17