

Código Beneficiário: 0020252468790007502
Beneficiário: Mariana K. Camargo Schryer
Titular: _____
Dentista: Fernando Mario Rêbulo 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
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:	Sim ()	Não ()	

Queixa Principal do Paciente: retrair o sorriso

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
Descrever Técnica: alinhamento, nivelamento, torque lingual, elástico classe II, 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): 24 meses
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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo



Identificação Mariana K. Camargo Strijker

Nascimento: 25/03/1983

Idade: 41 a 7 m

Sexo: feminino

Data: 12/11/2024

Profissão: agrônoma



Endereço

Rua: Romário Martins

Número: 266 casa 12

Bairro:

Cidade: Castro

CEP:
Filiação

Telefone: 99938-9120

Paí:

Mãe: Carla Doria

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Telefone:

Local de

Telefone:

Cônjuge

Nome: Albert J. Strijker

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) Kanandha Telxelra 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 DROGAS 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

Mariana K. Camargo Strijker

Nascimento: 25/03/1983

Idade: 41 a 7 m

Data: 12/11/2024



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. | ☐ FONOAUDIOLOGIA |
| ☐ MORDIDA CRUZADA | ☐ EXTRANUMERÁRIOS |
| ☐ PERÍMETRO DO ARCO | ☐ ERUPÇÃO RETARDADA |
| ☐ FOTOS _____ | ☐ _____ |
| ☐ SLIDES _____ | ☐ _____ |
| ☐ RADIOGRÁFICO _____ | ☐ _____ |

CLÍNICO

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

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



ANÁLISE DE MODELO Mariana K. Camargo Strijker

Nascimento: 25/03/1983

Idade: 41 a 7m

Data: 12/11/2024



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

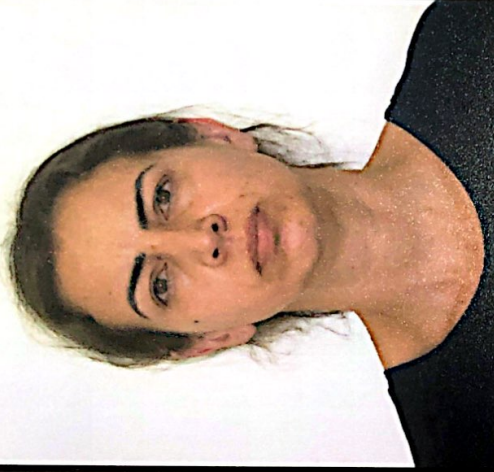
INFERIOR

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.	



Mariana Camargo Strijker
1983



Paciente: **Marina Krusquevis Camargo Strijker**

Atendimento: **22/11/2024**

Data Nascimento: **25/03/1983**

Idade: **41 a 8 m**

Sexo: **Feminino**

Indicação: **Drª. 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)	42,62 °	32,0	10,62	Dólco
SNPLO (< entre SN e PLO)	15,54 °	14,0	1,54	Dólco
FMA	34,45 °	25,0	9,45	Dólco
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	73,39 °	67,0	6,39	Dólco
(S-N) . (Go-Gn)	42,62 °	31,5 ± 4,6	11,12	
(S-N) . (Go-ME)	44,58 °	32,0 ± 3	12,58	

RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	78,14 °	82,0	-3,86	Maxila retruída
SNB (< entre SN e NB)	72,67 °	80,0	-7,33	Mandíbula retruída
ANB (< entre A e B)	5,47 °	2,0	3,47	Classe II
SND (< entre SN e ND)	70,50 °	76,0	-5,50	Mandíbula retruída

DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA° (< entre 1 e NA)	18,78 °	22,0	-3,22	Incisivos sup. verticalizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	6,86 mm	4,0	2,86	Protrusão
1NB° (< entre 1 e NB)	38,66 °	25,0	13,66	Incisivos inf. vestibularizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	10,48 mm	4,0	6,48	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	117,10 °	131,0	-13,90	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	101,41 °	87,0	14,41	Incisivos inf. vestibularizados

PERFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	34,53 °	22,5 ± 7,5	12,03	Macrorrinico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	5,55 mm	10,0 ± 1,0	-4,45	Convexo
NAP (< entre NA e APog)	8,56 °	0,0	8,56	Convexo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	2,23 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: **Marina Krusquevis Camargo Strijker**

Atendimento: **22/11/2024**

Data Nascimento: **25/03/1983**

Idade: **41 a 8 m**

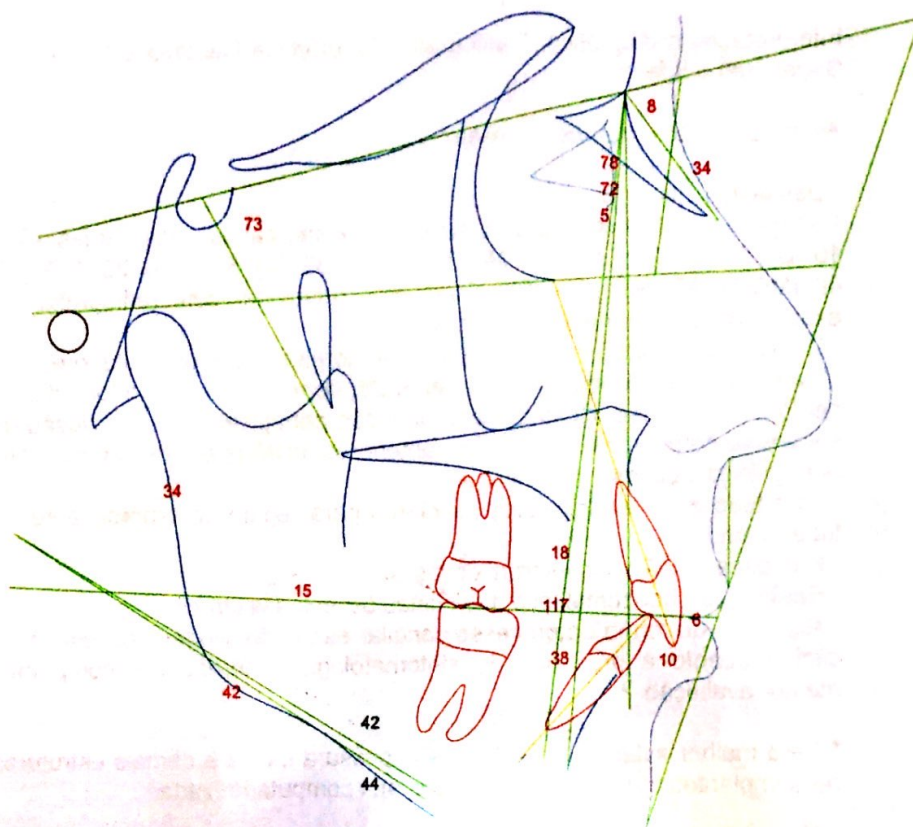
Sexo: **Feminino**

Indicação: **Drª. Kanandha Teixeira Cruz**

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

N.º série: 1796

<http://www.cdf.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: Marina Krusquevis Camargo Strijker
Data de nascimento: 25/03/1983
Data do exame: 12/11/2024
Idade: 41 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 sugerindo lesão cáriosa nos dentes 18 (M), 17 (MD), 16 (D), 25 (D), 26 (MD), 27 (MOD), 28 (M), 38 (M), 37 (MD), 36 (MD), 35 (D), 45 (D), 46 (MOD), 47 (MD), 48 (M). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Contenção metálica fixa nos dentes anteriores superiores e inferiores.
- Rarefação óssea periapical no dente 26, 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 anterior, posterior e tuberosidade.
- Presença de cálculos interproximais.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.
- Alteração de forma do processo condilar esquerdo. Sugere-se relacionar com exame clínico quanto à presença de sintomatologia e tomografia computadorizada para melhor avaliação.

* 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
Dados: 2024.11.13 16:08:35 -03'00'

Dra. Luciane Imbronizio CRO – 12.549
Radiologista



Paciente: Mariana Krusquevis Camargo Strijker
Data de nasc: 25/03/83 41anos
Dr.(a): Kanandha T. Cruz



13:43hs

CS 81 OSC 3D

Data do exame: 12/11/24

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



Paciente: Marina Krusquevis Camargo Strijker

Data de nasc: 25-03-1983 00:00:00

Dr(a).Kanandha Teixeira Cruz

Data do exame: 12-11-2024



12-11-2024 13:20:87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1