

Código Beneficiário: 002025010875100868501
Beneficiário: fel Alberto Santos
Titular: Fernando Mauro Pinheiro de Almeida
Dentista: Fernando Mauro 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:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal ☒	Cruzada ()	Região
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado ☒
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒	Baixa ()
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim ☒	Não ()	Diastemas
Reabsorção Óssea:	Sim ☒	Não ()	Radicular:
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: modificação

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: arco 81, alinhamento e nivelamento, instalação de mini-implante IZ bilateral e distalização inferior com gancho querem 1 elástico antuscissural 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): 36 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 julgar necessário.

Data da Consulta Inicial: 03/02/2023 Assinatura Beneficiário: Felberto Santos

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

Data: 03/02/2023 Assinatura Profissional: Dr. Fernando Mauro Pinheiro de Almeida CRO-PR: 22339



Identificação

Joel Alberto Furtoso

Nascimento: 23/06/1991

Idade: 33 a 7 m

Sexo: Masculino

Data: 28/01/2025

Profissão: auxiliar técnico de laboratório



Endereço

Rua: Domingos Faustino de Carvalho

Número:

Bairro: Santa Terezinha

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99997-2054

Filiação

Pai:

Mãe:

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Telefone:

Cônjuge

Nome: Gisele Silveira dos Santos

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz

HISTÓRIA MÉDICA

O PACIENTE JÁ APRESENTOU:

- | | |
|---|---|
| ☐ ASMA | ☐ DOENÇAS CARDÍACAS |
| ☐ ANEMIA | ☐ DISTÚRBIOS AUDITIVOS |
| ☐ ALERGIA | ☐ DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS |
| ☐ DOENÇAS SANGUÍNEAS | ☐ TRAUMATISMOS DA FACE OU CABEÇA |
| ☐ DOENÇA ÓSSEA | ☐ HERPES |
| ☐ DIABETE | ☐ HEPATITE |
| ☐ EPILEPSIA | ☐ FEBRE REUMÁTICA |
| ☐ PROBLEMAS ENDÓCRINOS | ☐ FRATURAS ÓSSEAS |
| ☐ PROBLEMAS EMOCIONAIS | |
| ☐ DOENÇAS DA INFÂNCIA | |

INGERE D-ROGAS OU MEDICAMENTOS: _____ ANTICONCEPCIONAL: _____

ANOMALIAS DE NASCIMENTO: _____

ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ÓSSEO: _____ TIPO FÍSICO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

CIRURGIA ANTERIOR: _____

* SAÚDE ATUAL: _____



FICHA CLÍNICA
Joel Alberto Furtoso
Nascimento: 23/06/1991
Idade: 33 a 7 m
Data: 28/01/2025



CONTROLE

- | | |
|---|--|
| ☐ PLACA DENTAL | ☐ CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO |
| ☐ CÂRIE _____ | ☐ 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 _____ | l _____ m.m. |
| ☐ CD _____ | ☐ ORTOPEDIA _____ | |
| ☐ XP _____ | ☐ DISJUNÇÃO PALATAI _____ | |
| ☐ AEB () GR H | ☐ DC _____ m.m. | |

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



PAGAMENTO INICIAL R\$: _____
 PAGAMENTO MENSAL R\$: _____ C/REAJUSTE

CONTENÇÃO: _____

DE ACORDO

[illegible]



ANÁLISE DE MODELO

Joel Alberto Furtoso

Nascimento: 23/06/1991

Idade: 33 a 7 m

Data: 28/01/2025



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

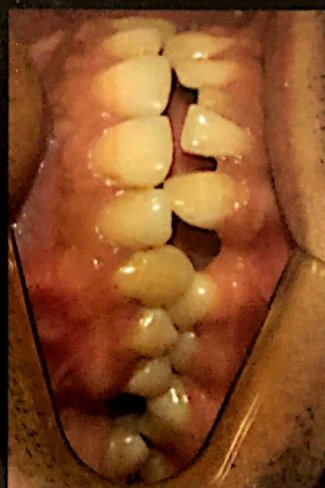
INTERLANDI

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.	



Joel P. Murtoso
D.N:23/06/1991



Paciente: **Joel Alberto furtoso**

Atendimento: **29/01/2025**

Data Nascimento: **23/06/1991**

Idade: **33 a 7 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)	31,53 °	32,0	-0,47	Meso
SNPLO (< entre SN e PLO)	16,82 °	14,0	2,82	Dólico
FMA	25,47 °	25,0	0,47	Meso
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	65,65 °	67,0	-1,35	Braqui
(S-N) . (Go-Gn)	31,53 °	31,5 ± 4,6	0,03	
(S-N) . (Go-ME)	33,66 °	32,0 ± 3	1,66	

RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	84,16 °	82,0	2,16	Maxila protruída
SNB (< entre SN e NB)	84,94 °	80,0	4,94	Mandíbula protruída
ANB (< entre A e B)	-0,78 °	2,0	-2,78	Classe III
SND (< entre SN e ND)	82,48 °	76,0	6,48	Mandíbula protruída

DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA* (< entre 1 e NA)	29,87 °	22,0	7,87	Incisivos sup. vestibularizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	6,67 mm	4,0	2,67	Protrusão
1NB* (< entre 1 e NB)	28,09 °	25,0	3,09	Incisivos inf. vestibularizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	4,84 mm	4,0	0,84	Normal
1/1 (< entre 1 e 1)	122,82 °	131,0	-8,18	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	89,49 °	87,0	2,49	Incisivos inf. vestibularizados

PERFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	35,24 °	22,5 ± 7,5	12,74	Macrorrinico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	13,09 mm	10,0 ± 1,0	3,09	Côncavo
NAP (< entre NA e APog)	-4,09 °	0,0	-4,09	Côncavo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	2,10 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: **Joel Alberto furtoso**

Atendimento: **29/01/2025**

Data Nascimento: **23/06/1991**

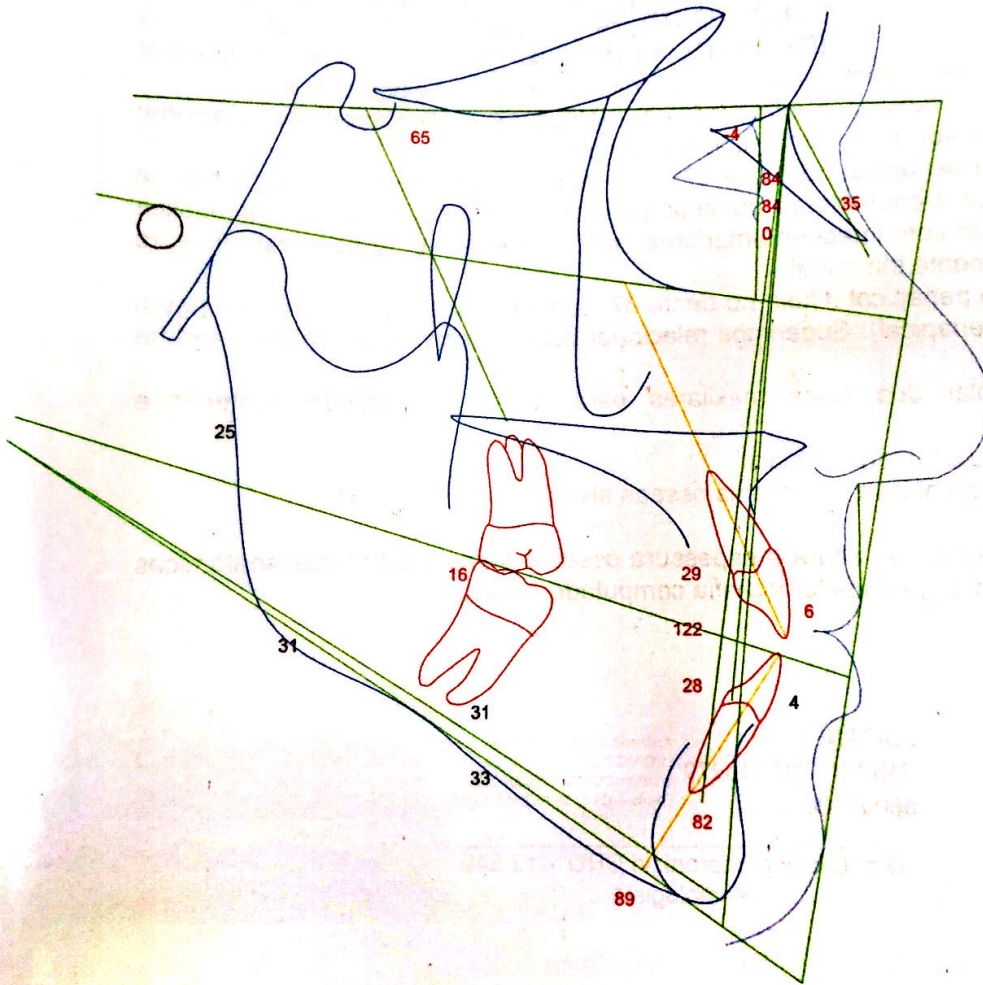
Idade: **33 a 7 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Centro Radiológico de Castro**

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

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



CRC- CENTRO 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: Joel Alberto Furtuoso
Data de nascimento: 23/06/1991
Data do exame: 28/01/2025
Idade: 33 anos

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

As imagens radiográficas sugerem:

- Dentes ausentes: 18, 16, 26, 28, 36, 41, 46.
- Presença do dente decíduo 71.
- Desgaste incisal.
- Imagem radiolúcida coronária sugerindo lesão cariiosa nos dentes 17 (D), 15 (M), 14 (D), 12 (M), 11 (D), 21 (D), 22 (MD), 23 (M), 24 (D), 25 (MD), 27 (OD), 38 (OM), 37 (MD), 35 (MD), 343 (D), 33 (D), 44 (D), 45 (MD), 47 (MOD), 48 (OM). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Material obturador radiopaco intracanal nos dentes 17 e 25. Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico para melhor avaliação.
- Rarefação óssea periapical no dente 17, 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.
- Rarefação óssea periapical difusa no dente 37, sugerindo lesão periapical de origem pulpar (abscesso periapical). Sugerimos relacionar com radiografia periapical e exame clínico.

Tomar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e

Árculos interproximais.

Horizontal leve das cristas ósseas alveolares.

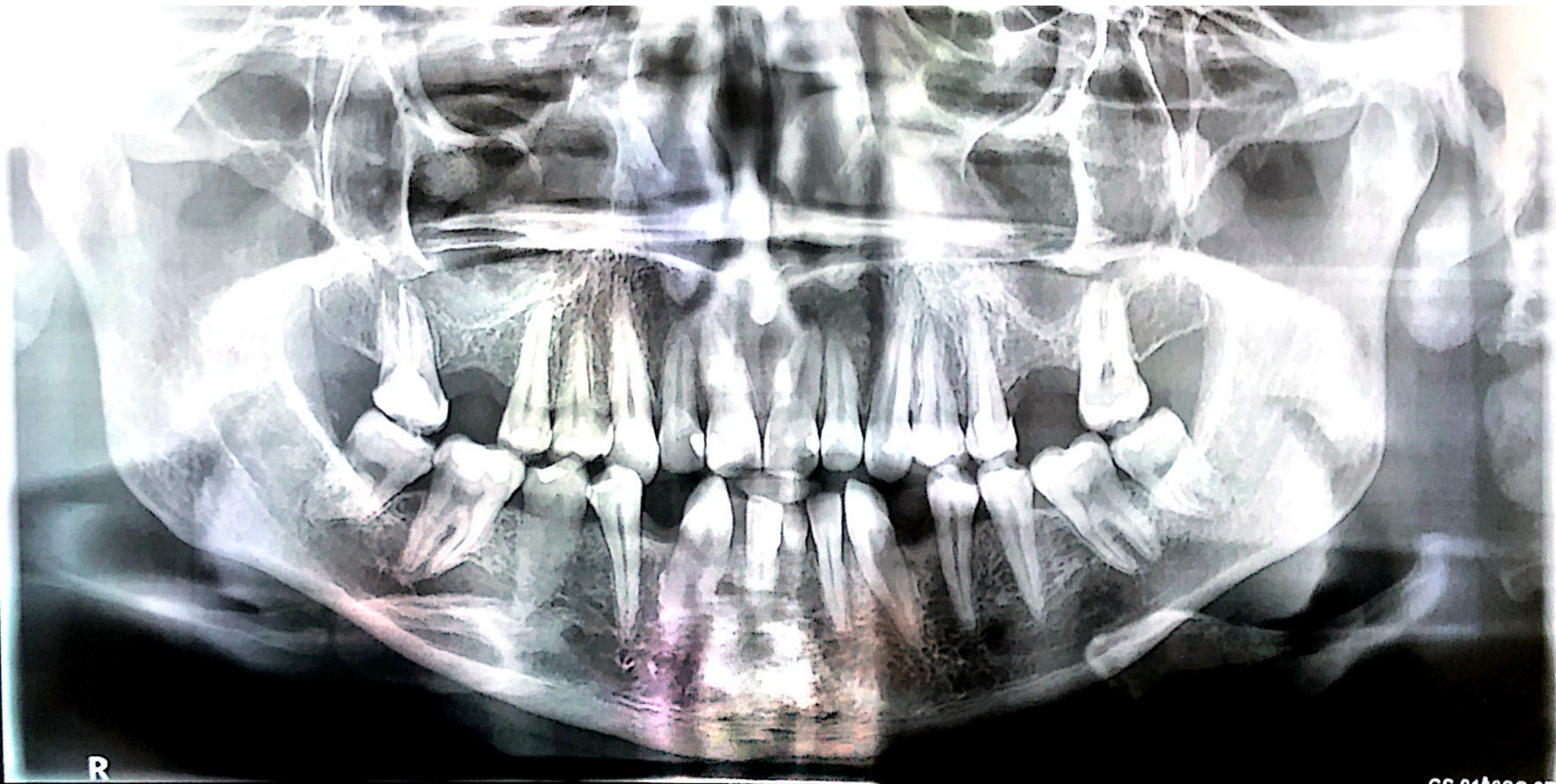
* Para melhor avaliação da altura e espessura óssea e demais estruturas anatômicas para implantodontia sugerimos tomografia computadorizada.

LUCIANE F S
IMBRONIZIO:115279
66000106

Assinado de forma digital por
LUCIANE F S
IMBRONIZIO:11527966000106
Dados: 2025.01.29 16:20:15 -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.



R

16:11hs

CS 81 OSC 3D

Data do exame: 28/01/25

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



Paciente: Joel Alberto furtoso

Data de nasc: 23-06-1991 00:00:00

Dr(a).Crc

Data do exame: 28-01-2025



28-01-2025 15:53:87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1