

Código Beneficiário: 002 025 108 751 0075 2201
Beneficiário: fel martins de melo.
Titular: fernando moira pinheiro de almeida
Dentista: fernando moira 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 Anterior () Unilateral () Bilateral ()
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 ()	Dor Muscular
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()
	Sim ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()
			Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "mordida funda";

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ()	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>alinhamento, nivelamento, levante posterior, elástico, classe II, elástico correção linha média, elástico um box, intercuspidação, finaliza-ção e ajuste oclusal.</u>			
Exodontias:	13 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>30 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: 03/11/23 Assinatura Beneficiário: fel m de melo.
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Data: 03/11/23 Assinatura Dentista: Dr. Fernando M. P. de Almeida
CRO/UF: 22339-PR



Identificação

Joel Martins de Melo

Nascimento: 17/07/1998

Idade: 25 a 03 m

Sexo: Masculino

Data: 18/10/2023

Profissão: aux. operações



Endereço

Rua: Lauro Bueno

Número: 500

Bairro: Padre Piva

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99965-1576

Filiação

Pai: Osni de Melo

Mãe: Eva de Lourdes Martins

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Telefone:

Local de Trabalho:

Telefone:

Cônjuge

Nome:

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) CRC

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: _____ TIPO FÍSICO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ÓSSEO: _____

CIRURGIA ANTERIOR: _____

SAÚDE ATUAL: _____



CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

DOCUMENTAÇÃO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Rua Coronel Vidal Martins da Oliveira, 449 - Fone: (42) 3232-0843
Vila Rio Branco - Castro - PR | www.radiologiacastro.com.br

FICHA CLÍNICA

Joel Martins de Melo

Nascimento: 17/07/1998

Idade: 25 a 3 m

Data: 18/10/2023



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 | ☐ 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
Joel Martins de Melo
 Nascimento: 17/07/1998
 Idade: 25 a 03 m
 Data: 18/10/2023



DISCREPÂNCIA DE TAMANHO DENTÁRIO

SUPERIOR 12 = _____
 6 = _____
 INFERIOR 12 = _____
 6 = _____

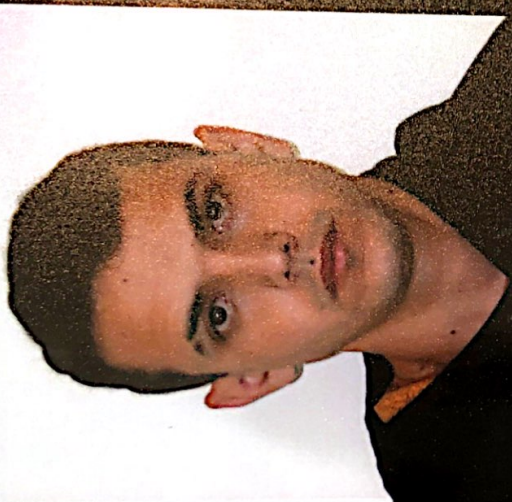
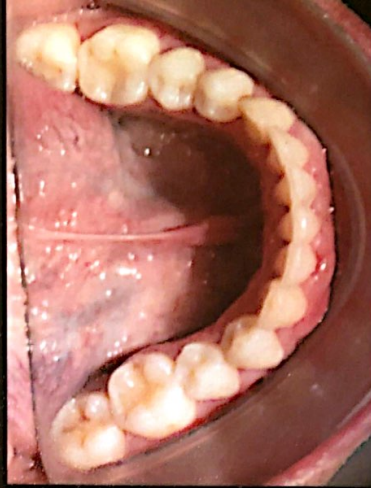
DISCREPÂNCIA POR SEGMENTOS

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 Martins de Melo
D.N:17/07/1998



USP / UNICAMP



Paciente: **Joel Martins de Melo**

Atendimento: **19/10/2023**

Data Nascimento: **17/07/1998**

Idade: **25 a 3 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)	39,62 °	32,0	7,62	Dólico
SNPLO (< entre SN e PLO)	15,55 °	14,0	1,55	Dólico
FMA	29,19 °	25,0	4,19	Dólico
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	71,03 °	67,0	4,03	Dólico
(S-N) . (Go-Gn)	39,62 °	31,5 ± 4,6	8,12	
(S-N) . (Go-ME)	42,34 °	32,0 ± 3	10,34	

RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	81,80 °	82,0	-0,20	Normal
SNB (< entre SN e NB)	77,11 °	80,0	-2,89	Mandíbula retruída
ANB (< entre A e B)	4,69 °	2,0	2,69	Classe II
SND (< entre SN e ND)	75,00 °	76,0	-1,00	Mandíbula retruída

DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA° (< entre 1 e NA)	23,54 °	22,0	1,54	Incisivos sup. vestibularizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	3,83 mm	4,0	-0,17	Normal
1NB° (< entre 1 e NB)	31,80 °	25,0	6,80	Incisivos inf. vestibularizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	7,14 mm	4,0	3,14	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	119,97 °	131,0	-11,03	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	92,34 °	87,0	5,34	Incisivos inf. vestibularizados

PERFIL ÓSSEO E MOLE

	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	35,43 °	22,5 ± 7,5	12,93	Macromínico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	4,73 mm	10,0 ± 1,0	-5,27	Convexo
NAP (< entre NA e APog)	5,65 °	0,0	5,65	Convexo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	3,63 mm			Qto maior, maior fica c/ crescimento

CRC- CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

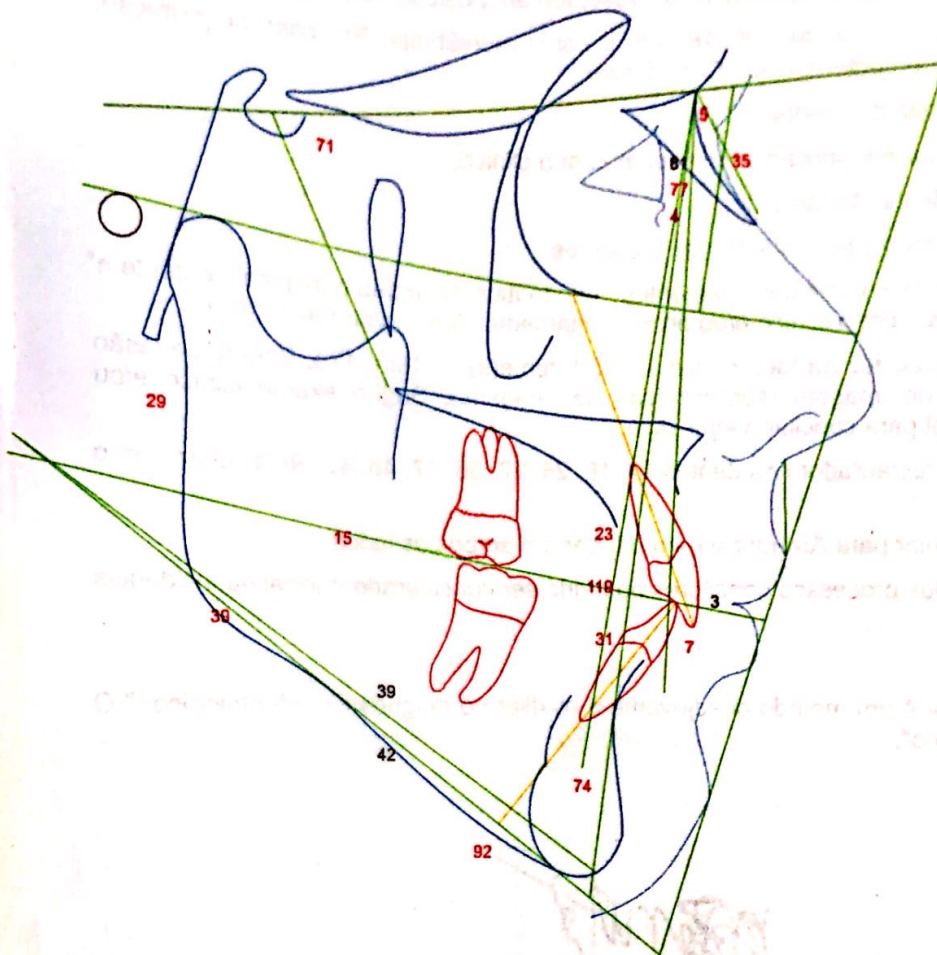
Coronel Vidal Martins de Oliveira - 449 - CEP 84172-555 - CASTRO - PR

Telefone: (42)3232-0843

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

Paciente: **Joel Martins de Melo**
Atendimento: **19/10/2023** Data Nascimento: **17/07/1998**
Idade: **25 a 3 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

Paciente: Joel Martins De Melo

Nasc. [Idade]: 17/07/1998 [25 anos e 3 meses]

Sexo: Masculino

Data: 19/10/2023

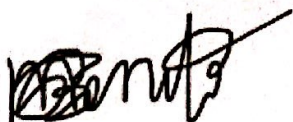
Doutor(a): Maria Clara França

RADIOGRAFIA PANORÂMICA E PERIAPICAIS DE INCISIVOS

- . Elemento dentário nº 38 encontra-se incluso/impactado em posição mesioangular.
- . Elemento dentário nº 48 encontra-se incluso/impactado em posição horizontal.
- Proximidade das raízes dos dentes 38, 48 com o canal mandibular. Em caso de extração, sugere-se Tomografia Computadorizada Cone Beam.
- . Imagem sugere ausência dos dentes nº 28.
- . Observa-se desgaste incisal (atrição). Relacionar com o clínico.
- . Presença de cálculo dental (tartáro).
- . Nota-se arredondamento apical nos dentes presentes.
- . Nota-se leve aumento de volume dos ligamentos periodontais. Lesão periapical do dente nº 36. Sugere-se relacionar com o clínico e/ou acompanhamento clínico e/ou radiográfico.
- . Nota-se discreta radiolucidez na face proximal do(s) dente(s) nº 18m, 17d. Sugere-se lesão cariiosa ou subtração de imagem (sobreposição de imagens). Sugiro exame clínico e/ou radiografia interproximal para concluir diagnóstico.
- . Presença de material restaurador nos dentes 17, 16, 26, 27, 36, 37, 46, 47. Relacionar com o clínico.
- . Extensão do Seio Maxilar para Alveolar e para o túber em ambos os lados.
- . Contorno anatômico dos processos condilares podendo ser considerado normal na incidência realizada.

A avaliação radiográfica é um método coadjuvante e auxiliar no diagnóstico odontológico. " O exame clínico é soberano".

Atenciosamente,



Dra. Mayara Teixeira Barreto – CRO – ES/6525



Paciente: Joel Martins De Melo
Data de nasc: 17/07/98 25anos
Dr.(a): Centro R. de Castro



Joel Martins de Melo
Centro Radiológico de Castro

18/10/2023



R

CS 81 OSC 3D

4:45hs

Data do exame: 18/10/23

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 Martins de Melo

Data de nasc: 17-07-1998

Dr(a).Crc

Data do exame: 18-10-2023



18-10-2023

87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

Fi1