



PG Radiodonto

IDENTIFICAÇÃO

Nº

Nome do Paciente: **Rayara Ap. Del Ponte**
Data de Nascimento: **12/10/2002** Idade: **19a 7m**
Sexo: **F** Atividade:

Data: **31/5/2022**

Contato: **42991033122**

Residência: **Guamiranga**

Nº: **104** Natural: **CASTRO**

Bairro: **Cidade Nova**

Cidade: **CARAMBEI**

Pai: **Antenor Del Ponte**

Local de Trabalho:

Atividade:

Mãe:

Local de Trabalho:

Atividade:

Indicação: **Patricia G. Carneiro**

Dentista: **Patricia G. Carneiro**

Escola:

Curso:

Horário:

Esporte/Hobby:

Dias:

Horário: **10:12:31**

Obs.: _____

INFORMAÇÕES ORTODÔNTICAS

TRATAMENTO ORTODÔNTICO ANTERIOR _____

RAZÕES PARA O TRATAMENTO ORTODÔNTICO _____

GRAU DE MOTIVAÇÃO: _____

HISTÓRIA MÉDICA

O PACIENTE JÁ APRESENTOU:

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

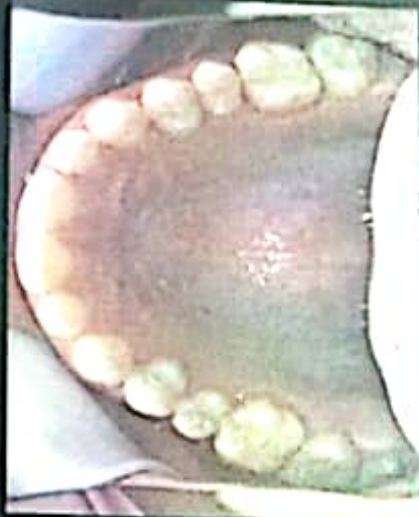
INGERE DROGAS OU MEDICAMENTOS: _____ ANTICONCEPCIONAL: _____

ANOMALIAS DE NASCENÇA: _____

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

CIRURGIA ANTERIOR: _____

SAÚDE ATUAL: _____



Rayara Ap. Del Ponte 31/05/2022

PG Radiodonto



PG Radiodonto

LAUDO RADIOGRÁFICO

PG RADIODONTO

TOMOGRAFIA - CONE BEAM

Paciente: **RAYARA AP. DEL PONTE**

Data: **31/05/2022**

Hora: 10:14

Indicação: **DRA. PATRICIA G. CARNEIRO**

Idade: 19a 7m



Tipo de incidência: Panorâmica

As imagens radiográficas sugerem ou tem aspecto de:

- Presença de todos os elementos dentários nas arcadas;
- Imagens radiolúcidas nas coroas dos dentes 45 e 46, cáries e/ou restaurações plásticas, confirmar clinicamente ou interproximais;
- Retenções mesio-angulares dos 28, 38 e 48;
- Não irrompidos e impactados os 28, 38 e 48;
- Diastemas entre os incisivos e caninos superiores e incisivos inferiores;
- Raízes fusionadas dos 18, 28 e 48, confirmar clinicamente com periapicais;
- Hipotransparência dos seios maxilares direito, recomenda-se exames apropriados para avaliação;
- Extensões alveolares dos seios maxilares;
- Textura óssea anatômica e fisiológica adjacente, dentro dos padrões da normalidade.

* A Radiografia panorâmica não é por si só a mais apropriada para o diagnóstico de pequenas lesões por cáries, periodontites e outras lesões discretas.

"Somente o exame anatomo-patológico é soberano, é padrão ouro para definir diagnóstico"

Dr. André Nogueira da Silva
Radiologista - CRM 2002 2069

MATRIZ / TOMOGRAFIA CONE BEAM 3D RUA VISCONDE DE KACAU, 421, CENTRO - PONTA GROSSA-PR
DIGITAL / TOMOGRAFIA CONE BEAM 3D RUA JULIO DE CASTILHO, 805, CENTRO - PONTA GROSSA-PR
 Fone: (41) 3026-2813 - (41) 3234-2216 - PGRADIODONTO@PGRADIODONTO.COM.BR - WWW.PGRADIODONTO.COM.BR
WHEN YOU KNOW THE FACTS, YOUR DECISION IS EASY!



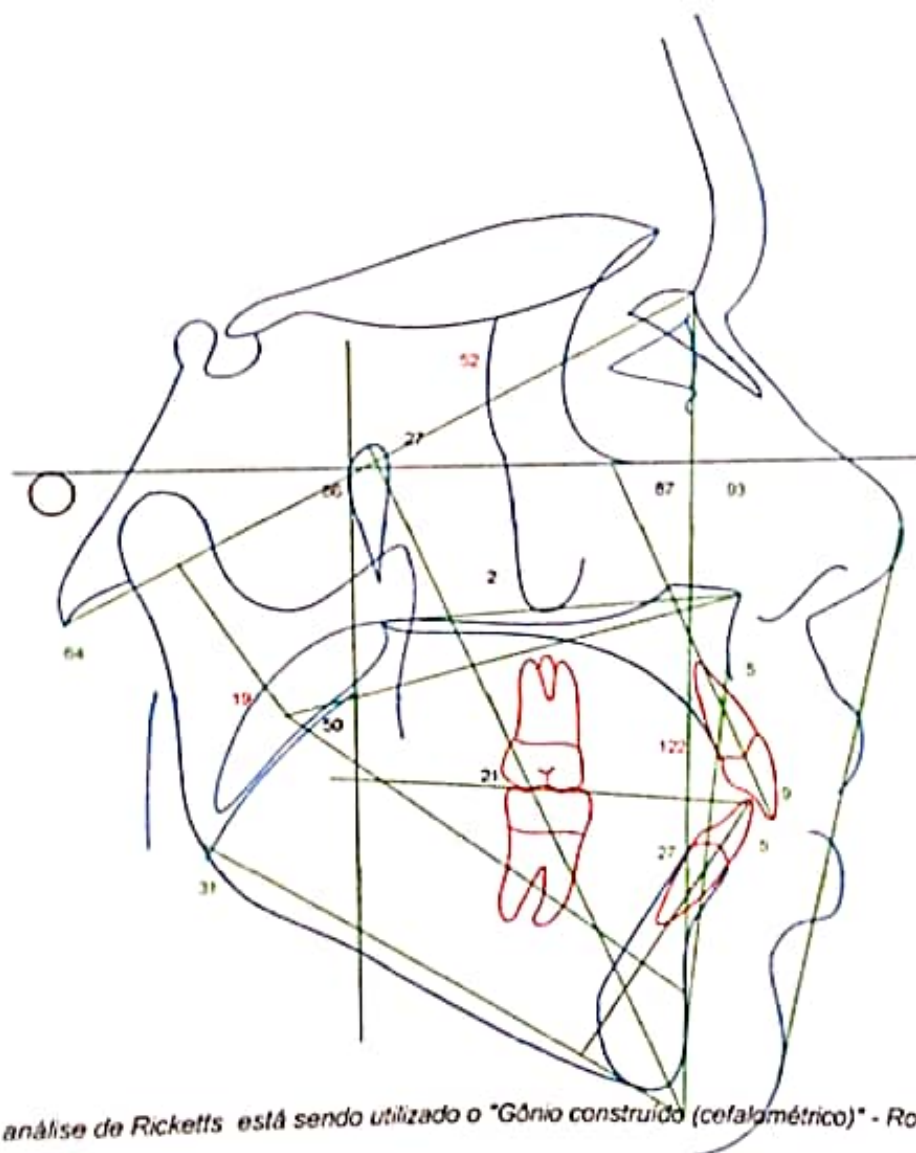
PG Radiodonto

Análise de Ricketts

Paciente **Rayara Ap. Del Ponto**
Atendimento **31/05/2022** Data Nascimento **12/10/2002**
Idade **19 a 7 m** Sexo **Feminino**
Indicação **Drª. Patrícia G. Carneiro**
Registrado para **PG Radiodonto Radiologia Odontológica S/C Ltda**



Nº série: 12345
<http://www.cdt.com.br>



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

PG Radiodonto

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



PG Radiodonto

Análise de Ricketts

Paciente Rayara Ap. Del Ponte

Atendimento 31/05/2022

Data Nascimento: 12/10/2002

Idade 19 a 7 m

Sexo: Feminino

Indicação Dr. Patricia G. Carneiro

Registrado para PG Radiodonto Radiologia Odontológica S/C Ltda

N.º série: 12345
http://www.cit.com.br

Problemas Dentários	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
Relação Molar	-2.35 mm	-3,0 ± 3,0	0,65	Classe I
Relação dos Caninos	2.50 mm	-2,0 ± 3,0	-0,50	
Overjet	3.50 mm	2,5 ± 2,0	1,00	Normal
Overbite	2.35 mm	2,5 ± 2,0	-0,15	Normal
Extrusão Incisivo Inferior	0.95 mm	1,25 ± 2,0	-0,30	Normal
Ângulo Interincisivos	122.27 *	130,0 ± 6,0	-7,73	Diminuído
Problemas Esqueléticos	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
Convergência do ponto "A"	5.67 mm	0,3 ± 2,0	5,37	Classe II
Altura Facial Inferior	50.42 *	47,0 ± 4,0	3,42	Normal
Problemas Dento - Esqueléticos	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
Posição 1º Molar Superior	21.47 mm	21,0 ± 3,0	0,47	
Protrusão do Incisivo Inferior (I-APo)	5.53 mm	1,0 ± 2,0	4,53	Protrusão
Protrusão do Incisivo Superior	9.02 mm	3,5 ± 2,5	5,52	Protrusão
Inclinação do Incisivo Inferior	27.11 *	22,0 ± 4,0	5,11	Inclinação acentuada
Inclinação do Incisivo Superior	30.62 *	28,0 ± 4,0	2,62	Normal
Plano Oclusal ao Ramo (Xi)	-8.62 mm	-3,75 ± 3,0	-4,87	Tendência a classe III
Inclinação Plano Oclusal	28.91 *	19,3 ± 4,0	9,61	Alta
Problemas Estéticos	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
Posição labial inferior	2.56 mm	-3,7 ± 2,0	6,26	Protrusão
Comprimento Labial Superior	32.03 mm	24,0 ± 2,0	8,03	Labio longo
Comissura Labial / Pl. Oclusal	-3.63 mm	-2,65 ± 2,0	-0,98	Normal
Relação Crânio Facial	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
Profundidade Facial	87.86 *	89,64 ± 3,0	-1,78	Normal
Eixo Facial	86.14 *	90,0 ± 3,0	-3,86	Tendência dolicocefálica
Cone Facial	60.22 *	68,0 ± 3,5	-7,78	Dolicocefálico
Profundidade da Maxila	93.80 *	90,0 ± 3,0	3,80	Maxila protruída
Altura Maxilar	54.83 *	56,6 ± 3,0	-1,77	Normal
Altura Facial Total	64.10 *	60,0 ± 3,0	4,10	Dolicocefálico
Plano Palatal	2.96 *	1,0 ± 3,5	1,96	Normal
Plano Mandibular	31.91 *	23,6 ± 4,0	8,31	Dolicocefálico
Estruturas Internas	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
Deflexão Craniana	27.24 *	27,0 ± 3,0	0,24	Normal
Comp. Craniano Anterior	52.12 mm	55,0 ± 2,5	-2,88	Tendência a classe II maxilar
Altura Face Posterior	57.29 mm	61,8 ± 3,3	-4,51	Sugere crescimento vert. mand.
Posição do Ramo	74.60 *	76,0 ± 3,0	-1,40	Normal
Posição do Ponto (ATM)	-40.78 mm	-43,0 ± 2,2	2,22	Distal
Arco Mandibular	19.97 *	30,25 ± 4,0	-10,28	Mandíbula tipo dolicocefálico
Compr. do Corpo Mandibular	69.80 mm	78,6 ± 2,7	-8,80	Sugere classe II mandibular
VERT	Obtido	Padrão	Desvio	Cls
AFAI	-0.65	0,0 ± 0,5	-0,65	Dolico suave
Eixo Facial	1.29	0,0 ± 0,5	-1,29	Dolico
Profundidade Facial	-0.59	0,0 ± 0,5	-0,59	Dolico suave
Plano Mandibular	2.08	0,0 ± 0,5	-2,08	Dolico severo
Arco Mandibular	2.57	0,0 ± 0,5	-2,57	Dolico severo
CÁLCULO DO VERT	1.48	0,0 ± 0,5	-1,48	Dolico

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

PG Radiodonto

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

Código Beneficiário: CO200510875100607701

Beneficiário: RAYARA AP. DEL ROUGE

Titular:

Dentista: PATRICIA G. CARNEIRO

CRO/UF: 20624/PE

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

Queixa Principal do Paciente

ESPAÇO ENTRE OS DENTES

Plano de Tratamento	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrição Técnica	<u>ALINHAMENTO E NIVELAMENTO DOS DENTES E FECHAMENTO DOS DIASTEMAS.</u>			

Erodontias	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	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		48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Ancoragem Superior (tipo)	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Dúvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses)	<u>16 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado	Não ☒	Sim ()	Há quanto tempo?

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

28.04.22
Data de Consulta Inicial

Patricia G. Carneiro
Assinatura do Beneficiário

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

14/06/22
Data

Patricia G. Carneiro
Assinatura Profissional e Carimbo

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17