

Código Beneficiário: 00202510875100768902
Beneficiário: Matheus Henrique de Souza Kalicz
Titular: _____
Dentista: Fernando Mario Pinheiro de Almeida CRO/UF: 22339 PR

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (X)	Desvio Superior:	Desvio Inferior:
Relação Transversal:	Normal (X)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (X)	Positivo ()	Acentuado ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada (X)
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas Sim (X) Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: "Dentes tortos e espaço nos de cima"

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento e nivelamento com auxílio de stripping inferior, torque, fechamento de espaços com alça, elástico classe II, elástico intra-arcada e finalização.</u>			
Exodontias:	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	
Ancoragem Superior (tipo):	<u>tubo</u>		Inferior (tipo): <u>tubo</u>	
Prognóstico	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses.</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	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: _____ Assinatura Beneficiário: _____

Declaro que as informações descritas neste documento são integralmente verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Data: 25/03/24 Assinatura Profissional: _____
Dr. Fernando M. P. de Almeida
Cirurgião Dentista
CRO/PR 22.339



Identificação

Matheus Henrique de Souza Kalicz

Nascimento: 09/04/2003

Idade: 20 a 11 m

Sexo: Masculino

Data: 12/03/2024

Profissão: aux. adm.



Endereço

Rua: Travessa Maria Magdalena Vassão

Número: 75

Bairro:

Cidade: Castro

CEP:

Telefone: 99856-2520

Filiação

Pai: Joelson Kalicz

Mãe: Diuciane Apª Buttore de Souza

Profissão:

Profissão:

Local de Trabalho

Telefone:

Local de Trabalho:

Cônjuge

Telefone:

Nome:

Profissão:

Atividades

Local de Trabalho:

Escola:

Curso:

Esporte/hobby:

Indicação:

Dr. (a) Kanandha Teixeira 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 D-ROGAS OU MEDICAMENTOS: _____ ANTICONCEPCIONAL: _____

ANOMALIAS DE NASCIMENTO: _____

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

CIRURGIA ANTERIOR: _____

SAÚDE ATUAL: _____



CENTRO RADIOLÓGICO DE CASTRO

DOCUMENTAÇÃO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

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

FICHA CLÍNICA

**Matheus Henrique de Souza
Kalicz**

Nascimento: 09/04/2003

Idade: 20 a 11m

Data: 12/03/2024



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

OBS.: _____

DATA	PROCEDIMENTO	PRÓXIMA CONSULTA



ANÁLISE DE MODELO Matheus Henrique de Souza Kalicz

Nascimento: 09/04/2003

Idade: 20 a 11m

Data: 12/03/2024



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

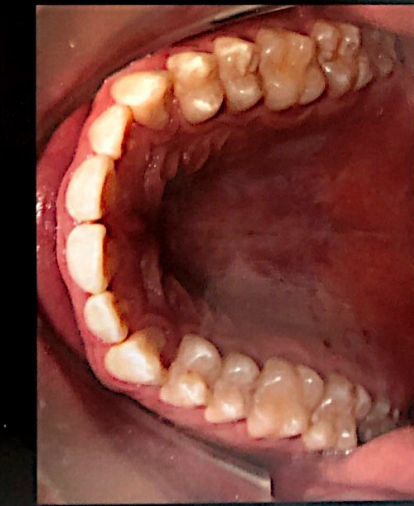
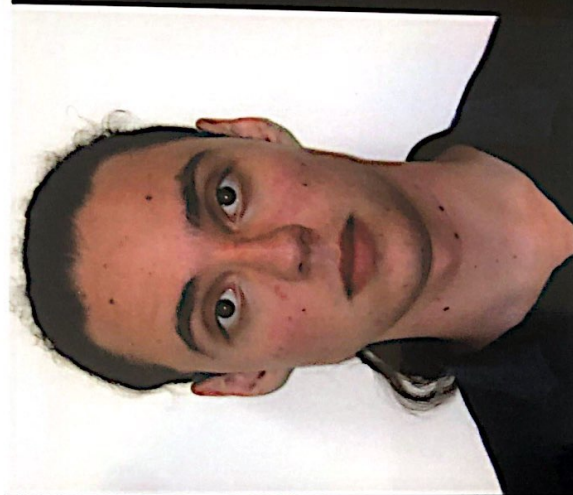
INFERIOR

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

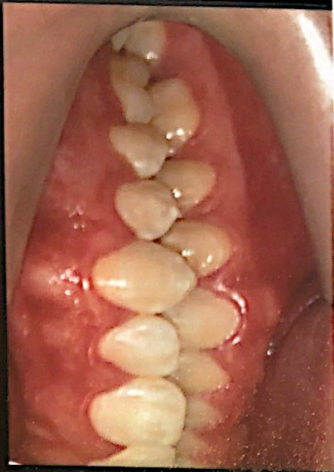
INTERLANDI

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.	



Matheus Henrique de Souza Kalicz
D.N:09/04/2003



Paciente: **Matheus Henrique de Souza Kalicz**

Atendimento: **14/03/2024**

Data Nascimento: **09/04/2003**

Idade: **20 a 11 m**

Sexo: **Masculino**

Indicação: **Centro Radiológico de Castro**

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

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

PADRÃO CEFÁLICO				
	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNGoGn (< entre SN e GoGn)	22,94 °	32,0	-9,06	Braqui
SNPLO (< entre SN e PLO)	11,73 °	14,0	-2,27	Braqui
FMA	14,28 °	25,0	-10,72	Braqui
SNGn (Y) - (< entre SN e SGn)	68,65 °	67,0	1,65	Dólico
(S-N) . (Go-Gn)	22,94 °	31,5 ± 4,6	-8,56	
(S-N) . (Go-ME)	25,00 °	32,0 ± 3	-7,00	
RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA				
	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
SNA (< entre SN e NA)	81,24 °	82,0	-0,76	Normal
SNB (< entre SN e NB)	79,33 °	80,0	-0,67	Normal
ANB (< entre A e B)	1,91 °	2,0	-0,09	Normal
SND (< entre SN e ND)	76,23 °	76,0	0,23	Normal
DENTES RELAÇÃO MAXILA / MANDÍBULA				
	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
1NA* (< entre 1 e NA)	24,31 °	22,0	2,31	Incisivos sup. vestibularizados
1NA (mm) - (Distância entre 1a NA)	6,18 mm	4,0	2,18	Protrusão
1NB* (< entre 1 e NB)	30,32 °	25,0	5,32	Incisivos inf. vestibularizados
1NB (mm) - (Distância entre 1a NB)	7,23 mm	4,0	3,23	Protrusão
1/1 (< entre 1 e 1)	123,46 °	131,0	-7,54	Fechado
IMPA (< entre 1 e GoMe)	105,99 °	87,0	18,99	Incisivos inf. vestibularizados
PERFIL ÓSSEO E MOLE				
	Obtido	Padrão	Desvio	Obs.
F10 (Osso Nasal Pd FK)	36,27 °	22,5 ± 7,5	13,77	Macrorrinico
H-Nariz (Linha P mole à Pta Nariz)	4,44 mm	10,0 ± 1,0	-5,56	Convêxo
NAP (< entre NA e APog)	2,25 °	0,0	2,25	Convêxo
PogNB (Distância entre Pog a NB)	1,57 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: **Matheus Henrique de Souza Kalicz**

Atendimento: **14/03/2024**

Data Nascimento: **09/04/2003**

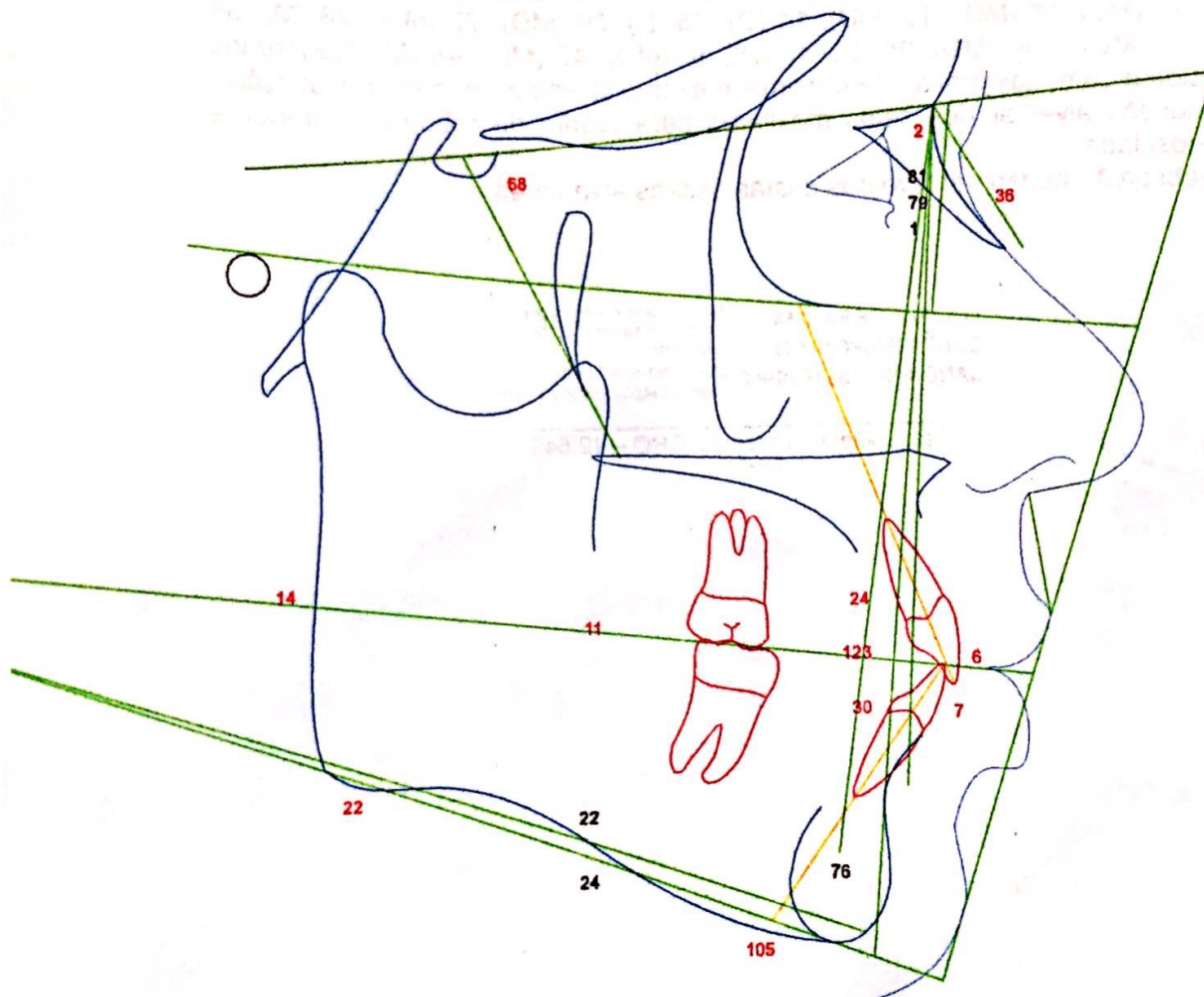
Idade: **20 a 11 m**

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: Matheus Henrique de Souza Kalicz
Data de Nascimento: 09/04/2003
Data do exame: 12/03/2024
Idade: 20 anos

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

As imagens radiográficas sugerem:

- Imagem radiolúcida coronária compatível com lesão cariosa nos dentes 18 (M), 17 (MD), 16 (MD), 15 (MD), 14 (D), 25 (D), 26 (MD), 27 (MD), 28 (M), 38 (M), 37 (MOD), 36 (MD), 35 (D), 45 (D), 46 (MD), 47 (MD), 48 (M). Sugerimos relacionar com radiografia interproximal e exame clínico para melhor avaliação.
- Extensão alveolar dos seios maxilares para região de rebordo posterior e tuberosidade.
- Reabsorção horizontal leve das cristas ósseas alveolares.

LUCIANE DE FATIMA
SOUZA IMBRONIZIO
SANDRINI:01651629960

Assinado de forma digital por
LUCIANE DE FATIMA SOUZA
IMBRONIZIO
SANDRINI:01651629960
Dados: 2024.03.13 08:50:28 -03'00'

Dra. Luciane Imbronizio CRO – 12.549
Radiologista

O laudo radiográfico é um auxílio diagnóstico; não dispensa, portanto a anamnese e o exame físico.



Paciente: Matheus Henrique de Souza Kalicz

Data de nasc: 09-04-2003

Dr(a). C.R.C

Data do exame: 12-03-2024



12-03-2024

87 KV

10,00 mA

10,00 s

26 mGy.cm²

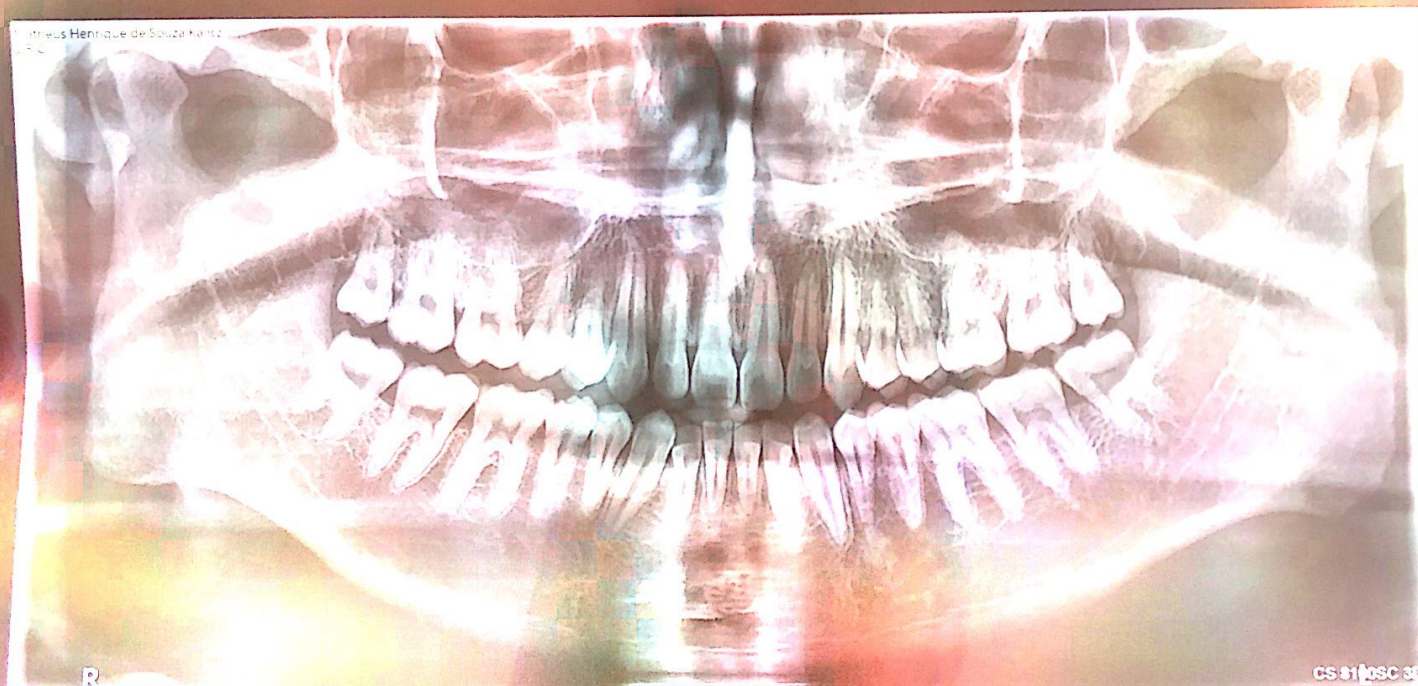
FI1



Paciente: Matheus Henrique De Souza Kalicz

Data de nasc: 09/04/03 20anos

Dr.(a): CRC



16:38hs

Data do exame: 12/03/24

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

CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO

Radiologia Odontologica Digital
e Tomografia Computacional



Matheus Henrique de Souza Kalicz

Data: 12/03/2024

Dr. (a) Kanandha Teixeira Cruz



