ODONTODOC®

RADIOGRAFIA, TOMOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

Alípio de Melo 1 - Av. Abílio Machado, Nº 1264 Sala 1011 - Alípio de Melo - BH / MG **Tel: (31) 3471-3773** - CLM 1989
Alípio de Melo 2 - Av. Abílio Machado, Nº 1877 Sala 101 - Alípio de Melo - BH / MG **Tel: (31) 3166-5758** (Em cima da Caixa Econômica)
Barreiro - Rua Flávio Marques Lisboa, Nº 152 Sala 301 Barreiro BH / MG **Tel: (31) 3384-8505** - CLM 1403
Centro de Contagem: Praça Tiradentes, Nº 75 Sala 212, Centro - Contagem / MG **Tel: (31) 2564-7576** (No prédio do banco Bradesco)
Eldorado - Av. João César de Oliveira Nº 2959 Sala 102, Eldorado-Contagem/MG **Tel: (31) 3355-1212** - CLM 970

Endereços de outras unidades no verso

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira de 08:00 as 19:00 e Sábado de 08:00 as 12:00 Horas.

Paciente: Isabela Kaizer de Oliveira

Data Nasc.: ____/____/____ **Telefone:** ____

Dra. Bárbara Ribeiro Linhares
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44299

I - INTRA - BUCAIS

DIREITO / ESQUERDO

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25
46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

PERIAPICAIS
- ☐ **De todos os dentes irrompidos ou não**
- ☐ De todos os dentes presentes
- ☐ Dos dentes ou regiões assinalados
- ☐ Técnica de Clarck - Nº Dente:(____)

Bite-Wing — DIREITO / ESQUERDO
18 17 16 15 14 | 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 | 34 35 36 37 38

OCLUSAIS
- ☐ Maxilar
- ☐ Mandíbula
- ☐ Região ____

II - EXTRA - BUCAIS

PANORÂMICA 20X25
- ☒ Boca semi-aberta
- ☐ Em oclusão dental
- ☐ Para Implante 25x30

TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL ☐
- ☐ USP
- ☐ Delmanto
- ☐ USP/Marcelo Pedreira
- ☐ Steiner-Tweed
- ☐ Bimler
- ☐ Profis.
- ☐ MacNamara
- ☐ Ricketts
- ☐ Lavergne - Petrovic
- ☐ Adenóides
- ☐ Sassouni
- ☐ Jarabac

- ☐ **CEFALOMETRIA MANUAL**
- ☐ **CEFALOMETRIA COMPUTADORIZADA**
- ☐ **SEM TRAÇADO**

- ☐ Telerradiografia Frontal (PA)
- ☐ Telerradiografia de Perfil em 45º
- ☐ Idade Óssea (Punho e Mão)
- ☐ Idade Óssea (Análise e Curva de Cresc./Computadorizado.)
- ☐ Seios da Face
- ☐ **A.T.M 6 Tomadas** ☐ A.T.M 4 Tomadas

FOTOGRAFIAS
- ☐ Frente / Perfil ☐ Dir. ☐ Esq.
- ☐ 1 Foto Sorriso
- ☐ 3 Fotos Intra - Bucais
- ☐ 2 Fotos Oclusais (Superior/Inferior)
- ☐ Over-Jet

MODELOS ORTODÔNTICOS ☐

FICHAS CLÍNICAS COM PASTA ☐

DOCUMENTAÇÃO DIGITAL CD ☐

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA ☐

ENVIAR BLOCO DE PEDIDO ☐

OBS.: ____

(No caso de Convênio)

Este pedido não serve como receituário, quando for convênio a solicitação deverá ser feita em papel timbrado da clínica ou dentista solicitante, com carimbo CRO, datado, assinado e com o nome completo do paciente.

O Pedido de Tomografia Encontra-se no Verso

Solicitação do(a) Dr. (a): ____

Endereço: ____ CEP: ____

Fone: ____ E-mail: ____ DATA: 06 / 05 / 2010

www.ODONTODOC.net

Tomografias nas Unidades: Alípio de Melo, Barreiro, Betim, Eldorado e Nova Lima.