

**ATENDIMENTO COM HORA MARCADA**

O pagamento deverá ser efetuado no ato do exame. Os valores informados por telefonema são estimados e serão confirmados em nossa recepção através da requisição.



**IAGEM ODONTO**

Fone: (34) 3219-2284  
3253-0478

Email: paulacff@icloud.com  
Av. João Pinheiro, 878 - Centro  
Uberlândia - MG

Dra. Paula Cristina Freitas Ferreira  
Radiologista - CRO-MG 26.225

ESTACIONAMENTO PRÓPRIO

**I - INTRA - BUCAIS**

PERIAPICAIS (PARALELISMO)  SÉRIE COMPLETA (14)  
 DOS DENTES ASSINALADOS(SOMENTE)

BITE-WING (INTERPROXIMAIS)  MOLARES  
 PRÉ-MOLARES

R. OCLUSAL  MAXILA  
 MANDÍBULA  
 REGIÃO

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO

REGIÃO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DENTE INCLUSO

ENVIAR APENAS EM CD  
 ENVIAR POR E-MAIL  
 IMPRESSO EM FILME  
 ENTREGAR PARA O PACIENTE  
 ENTREGAR NO CONSULTÓRIO

	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
D	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
E	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

**II - EXTRA-BUCAIS**

LAUDO RADIOGRÁFICO:  SIM  NÃO

PANORÂMICA  BOCA SEMI ABERTA  
 EM OCLUSÃO DENTAL  
 C/ TRAÇADO PARA IMPLANTE

TERRAD LATERAL  FILME VERTICAL  
 FILME HORIZONTAL

RAD. CARPAL  ÍNDICE CARPAL  
 CURVA DE CRESCIMENTO

ATM

TRANSFACIAL (2 POSIÇÕES)  
 RAMO ASCENDENTE MANDIBULAR

RAD. FRONTAL  CEFALOMÉTRICA  
 APOIO FRONTO-NASO  
 APOIO MENTO-NASO

ENVIAR APENAS EM CD  
 ENVIAR POR E-MAIL  
 IMPRESSO EM FILME  
 ENTREGAR PARA O PACIENTE  
 ENTREGAR NO CONSULTÓRIO

**III - DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA/**

**MARCAÇÕES AVULSAS OU COMPLEMENTARES**

LAUDO RADIOGRÁFICO:  SIM  NÃO

MODELO  ESTUDO  
 TRABALHO

FOTOS

3 EXTRA-BUCAIS  
 3 INTRA-BUCAIS  
 2 OCLUSAIS  
 OUTROS

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA:  
panorâmica, telerradiografia lateral, modelo de estudo, 06 Fotos (03 Intra-bucais e 03 extra-bucais), 01 ficha de identificação, análises cefalométricas, (até 4) caixa, pasta.

FICHAS COMPLEMENTARES (Exame Oral e Facial, Tratamento, Intervenções e Pagto.)

PERIAPICAIS DOS INCISIVOS (2)

FOTOS COMPLEMENTARES (Marcar no campo acima)

ANÁLISE FACIAL  ANÁLISE MODELO

FORMA DE ENTREGA:  PASTA PVC  PASTA PAPEL  
 CD  ENVELOPE

ENVIAR APENAS EM CD  
 ENVIAR POR E-MAIL  
 IMPRESSO EM FILME  
 ENTREGAR PARA O PACIENTE  
 ENTREGAR NO CONSULTÓRIO

**IV - ANÁLISES**

<input type="checkbox"/> Ricketts	<input type="checkbox"/> Lavergne-Petrovic	<input type="checkbox"/> Profis	<input type="checkbox"/> Vias Aéreas (adenóides)	<input type="checkbox"/> Idade Óssea	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> McNamara	<input type="checkbox"/> Jarabak-Roth	<input type="checkbox"/> Birmler	<input type="checkbox"/> Delmanto	<input type="checkbox"/> Curva de Crescimento	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Padrão USP	<input type="checkbox"/> Tweed	<input type="checkbox"/> Schwarz	<input type="checkbox"/> Trevisi	<input type="checkbox"/> Análise Facial	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> USP/UNICAMP	<input type="checkbox"/> Steiner	<input type="checkbox"/> Rocabado	<input type="checkbox"/> Downs	<input type="checkbox"/> Análise de Modelos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> UNICAMP	<input type="checkbox"/> Previsão de Erupção dos 3ª molares	<input type="checkbox"/> UNESP	<input type="checkbox"/> Sassouni	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**V - INFORMAÇÕES AO PACIENTE**

. O TEMPO DO EXAME DEPENDERÁ DO TIPO DO EXAME E DO SEU GRAU DE DIFICULDADE  
. PRENDER OS CABELOS DE PREFERÊNCIA COM ELÁSTICO OU PRENDEDOR (SEM METAL), RETIRAR O BATOM  
. RETIRAR BRINCOS, CORRENTINHAS E OUTROS ADORNOS DE CABELO, ORELHA E FACE, APARELHOS MÓVEIS E ÓCULOS TAMBÉM DEVEM SER RETIRADOS NO MOMENTO DO EXAME

DATA DA SOLICITAÇÃO DO EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ENVIAR BLOCOS DE PEDIDO

MOTIVO DA REQUISIÇÃO: \_\_\_\_\_

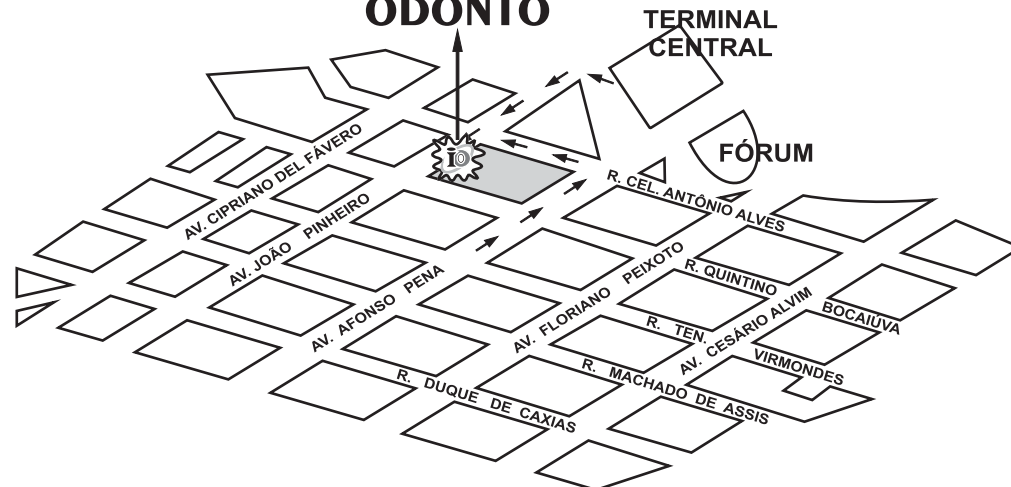
OBS: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

SOLICITADO POR DR. (A): \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**MAPA DE LOCALIZAÇÃO****IAGEM ODONTO**

ACESSE AS IMAGENS DE SEU PACIENTE ON-LINE! [WWW.IAGEMODONTO.COM/AREA-RESTRITA](http://WWW.IAGEMODONTO.COM/AREA-RESTRITA)

Nome: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

End. Res.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Fone Res.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Indicação Dr.(a): \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Valor R\$: \_\_\_\_\_ Recebido por: \_\_\_\_\_

Dinheiro  Cheque  Cartão  Visa  Mastercard  Débito  Crédito

Convênio: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

Enviar p/ Dentista  Urgente  Normal Dia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente vem buscar  Urgente  Normal Dia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**PARA PACIENTES DO CONVÊNIO:**

É indispensável a apresentação da carteirinha do convênio, carteira de identidade, CPF do paciente e do titular do convênio.

OBS.: TRAZER RECEITUÁRIO PERSONALIZADO DO DENTISTA COM NOME COMPLETO DO PACIENTE, NOME DOS EXAMES, ASSINATURA E CARIMBO COM CRO DO DENTISTA.