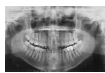


OBS.: { Atendimento somente com hora marcada e será cobrado o não comparecimento ou avisar 6 hrs com antecedência.



PANORÂMICA



TELERADIOGRAFIA



PA - AP



CARPAL



OCLUSAL



A.T.M. TRANSFACIAL



A.T.M. TRANSCRANIANA



BITE-WING



PG - RADIODONTO

Rua Visconde de Nacar, 421 - Atrás do Bradesco
Fones (0**42) 3224-2216 / 99932-9896 - Ponta Grossa - PR
Rua Julia Wanderley, 1239
Fones (0**42) 3222-2347 / 99989-9896 - Ponta Grossa - PR
Dr. Neoli Nunes da Silva
Radiologista - Especialista e Mestre - CRO 2969



PERIAPICAL

Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

DOC. SIMPLES: Pano + Tele + 12 Fotos + Modelos e Traçados. DN: _____

DOC. BÁSICA: Pano + Tele + 12 Fotos + Modelos + Traçados

TOMOGRAFIA TRIDIMENSIONAL: Região: _____

TRAÇADO CEFALOMÉTRICO:

COMPUTADORIZADO:

USP

Downs

Bimler

Jarabach-Roth

Ou outro(s): _____

Ricketts

Mc Namara

Steiner - Tweed básico

Unicamp

CONVÊNIOS:

Copel Sanepar

Uniodonto Odontoprev

GEAP (Func. Federais)

Interodonto

CESCAGE UEPG

RADIOGRAFIA EXTRA-BUCAL:

PANORÂMICA: OCLUSÃO

TOPO

MILIMETRADA

TELE-PERFIL

ATM: (boca aberta/fechada) Transfacial

ATM: Transcraniana (3 posições)

TELE: FRONTAL AP PA

IDADE ÓSSEA (Carpal)

RADIOGRAFIA INTRA-BUCAL:

Periapical: Dente N° _____

Levantamento Periapical

Interproximal (Bite-Wing): _____

Oclusal: Sup. Inf.

Total Hemi-A

RADIOGRAFIA PARA LOCALIZAÇÃO:

Dente Incluso? _____

Corpo Estranho? _____

Raízes? _____

Condutos? _____

Outras Técnicas? _____

FOTOS:

EXTRA-BUCAIS: { Perfil, frente e frente sorrindo

INTRA-BUCAIS: { Frente Lado D e Lado E

OCLUSAIS: Sup. Inf.

ANÁLISE FOTOGRÁFICA { Frontal Perfil A

Enviar Blocos de Requisição:

Indicação: Dr.(a) _____

Fone: _____ Suas observações e sugestões são importantes:

Data: _____

“ Queremos atendê-lo(a) cada vez melhor. ” Obrigado !

“ESTA CLÍNICA É A PIONEIRA NA REGIÃO”

Faça a melhor documentação, os melhores exames para ter o melhor resultado.

(FAVOR TRAZER RG - CPF OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO)

I. PREENCHER EM CASA ANTES DE FAZER OS EXAMES

NOME COMPLETO: _____

NATURAL DE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ EST: _____ FONE RESID.: _____ Celular: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

ONDE ESTUDA / TRABALHA? _____

NOME DA MÃE _____ TRABALHO/FONE: _____

E DO PAI _____ TRABALHO/FONE: _____

CONJUGE _____

“NÃO COMER “1 HORA” ANTES DOS EXAMES”

III. FAVOR COMPARECER SEM:

BRINCOS, GRAMPOS, TIARAS, CORRENTES DE PESCOÇO, APARELHOS MÓVEIS BUCAIS, ETC.

IV. AVISAR SE ESTÁ GRÁVIDA.

V. CONVÊNIOS:

INFORME QUAL CONVÊNIO OU PLANO DE SAÚDE, ANTES DOS EXAMES.

VI. PAGAMENTOS ANTES DOS EXAMES.

VII. SUGESTÕES/RECLAMAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DO NOSSO TRABALHO E ATENDIMENTO:

BOM ÓTIMO RUIM

POR QUÊ? _____

“ESTA DOCUMENTAÇÃO SERÁ ENTREGUE EM 7 DIAS ÚTEIS.”

Form for patient information and address:
IBRCA - Projeto Piloto
R. Balduino Teodoro
Bairro: _____
R. Visconde de Nacar
Bairro: _____
Cidade: _____
Estado: _____



OBIGADO POR SUA CONFIANÇA, O NOSSO SERVIÇO É GARANTIDO E CUMPRE AS NORMAS PROFISSIONAIS DE HIGIENE E SEGURANÇA