

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA



Nome: _____

Data: ___/___/___

SOLICITO:

- Um par de modelos ortodônticos zoocalados, com polimento
- Três fotografias da face: Frente em repouso, Frente sorrindo e Perfil do lado direito
- Cinco fotografias intrabucais: Oclusão anterior, Oclusão lateral direita e esquerda e Oclusal superior e inferior
- Telerradiografia de perfil com traçados cefalométricos:
() USP () Unicamp () McNamara () _____
- Outros exames: _____

Oficial Dentista

Obs: Documentação digital via e-mail: ortodontia.oasd@gmail.com

IMPORTANTE!

A nota fiscal do pedido acima deve estar discriminada com valor unitário de cada item solicitado, para que seja iniciado o processo de ressarcimento junto à DIRSA.

ESSE PEDIDO É VÁLIDO POR 60 (SESSENTA) DIAS.

SUGESTÕES DE CLÍNICAS RADIOLÓGICAS

1. CIROD

Niterói/ São Gonçalo/ Itaboraí

Tel.: 2607.1802 / 2712.7819/97194.4607

2. DATA X

Barra/ Botafogo/ Centro/ Icarai/ Tijuca

Tel.: 2234.1600/ 2567.1333/ 96621.6919

3. DENTAL CADI

Copacabana/ Duque de Caxias/ Ipanema/ Nova

Iguaçu/ Taquara

Tel.: 2672.0835/ 99985.0835

4. IDDO

Vila Valqueire: Tel.: 2010.0255 / 2143.8550/ 99580.2010

5. I-MAX

Bonsucesso: Tel: 2290.4933

6. ODONTO X

Barra da Tijuca/ Freguesia / Madureira

Tel.: 3139-9951/ 2446.1544/ 2489.5245

7. ODONTOIMAGEM 45

Tijuca: 3477-0072 / 3734-1519 / 99290-1040

8. REDE X

Barra da Tijuca: Tel.: 2430.1519 / 3325.6159

Centro: 2532.3048

Ilha do Governador: 2462.4867 / 2462.5620

SALVE ESTE INFORMATIVO EM PDF

APONTE A CAMERA DO SEU CELULAR PARA O QR CODE



