CRO
CORPUS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

AV. ALFREDO CUSTÓDIO DE PAULA, 255 - TEL.: (35) 3429-7750 - POUSO AEGRE - MG
RUA GOVERNADOR VALADARES, 253 - CENTRO - TEL.: (35) 3431-4308 - CAMBUÍ - MG
RUA HORÁCIO CAPISTRANO, 201 - TEL.: (35) 3472-2734 - SANTA RITA DO SAPUCAÍ - MG
RUA SILVIANO BRANDÃO, 588 - TEL.: (35) 3651-2095 - PARAISÓPOLIS - MG

NOME: _____ **FONE:** _____

PAGAMENTO INICIAL: _____

PAGAMENTO MENSAL: _____ **C/ REAJUSTE:** _____

CONTENÇÃO À PARTE: _____

CONCORDO

Nº	VENCIMENTO	DÉBITO	CRÉDITO	SALDO	DATA DO PAGTO.	RUB.	OBSERVAÇÕES

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

AV. ALFREDO CUSTÓDIO DE PAULA, 255 - TEL.: (35) 3429-7750 - POUSO AEGRE - MG
RUA GOVERNADOR VALADARES, 253 - CENTRO - TEL.: (35) 3431-4308 - CAMBUÍ - MG
RUA HORÁCIO CAPISTRANO, 201 - TEL.: (35) 3472-2734 - SANTA RITA DO SAPUCAÍ - MG
RUA SILVIANO BRANDÃO, 588 - TEL.: (35) 3651-2095 - PARAISÓPOLIS - MG

Paciente: _____

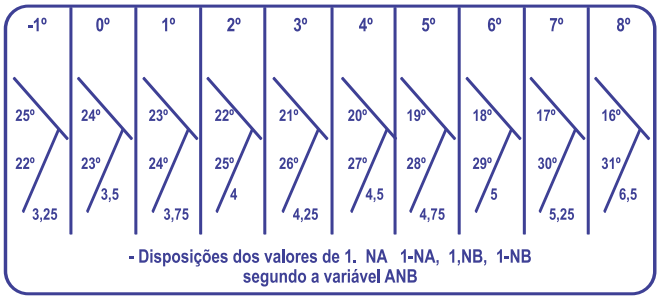
Fichas ____ Mod. ____ Fot. ____ Diap. ____ Rad. ____ Esc. ____ Diag.

Sup.	/
Inf.	/

ANB ____ EF. ____ Xp. ____

Bandagem

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7



- Disposições dos valores de 1. NA 1-NA, 1,NB, 1-NB segundo a variável ANB

Notação	Data	Discriminação	Próxima Consulta	Visto

CRO
CORPUS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

ORTODONTIA

1 - CADASTRO DO PACIENTE

NOME: _____

END. _____ BAIRRO _____ TEL. _____

END. COM. _____ BAIRRO _____ TEL. _____

IDADE _____ DATA NASC. _____ SEXO _____ NASC. _____

ESTA. CIVIL _____ PROFISSÃO _____

DEPENDENTE DE _____

PROFISSÃO _____

END. _____ BAIRRO _____ TEL. _____

END. COM. _____ BAIRRO _____ TEL _____

INDICAÇÃO _____

INÍCIO _____ TÉRMINO _____ OBS. _____

2 - EXAME CLÍNICO GERAL

SAÚDE

BOA ☐ REGULAR ☐ RUIM ☐

PROBLEMAS	SIM	NÃO
CIRCULATÓRIOS	☐	☐
RESPIRATÓRIOS	☐	☐
ALÉRGICOS	☐	☐
DIABETES	☐	☐

OBSERVAÇÕES (HÁBITOS, ETC.) _____

3 - EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO

HIGIENE ORAL

BOA ☐ REGULAR ☐ RUIM ☐

DENTES CARIADOS _____

MOBILIDADE DENTÁRIA _____

FRATURAS _____

EXTRANUMERÁRIO _____

MANCHAS _____

OBSERVAÇÕES _____

4 - EXAME ORTODÔNTICO

DENTIÇÃO ☐ Decidua ☐ Mista ☐ Permanente

EXTRAÇÕES PREMATURAS _____

DENTES PERMANENTES AUSENTES _____

CLASSIFICAÇÃO DE ANGLE ☐ Classe I ☐ Classe II ☐ Classe III

☐ Divisão I ☐ Divisão II

SUBDIVISÃO ☐ SIM ☐ NÃO

CLASSIFICAÇÃO CHAVE DE CANINO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

ATM ☐ Normal ☐ Anormal

FORMAÇÃO ☐ Normal ☐ Anormal

DEGLUTAÇÃO ☐ Típica ☐ Atípica

RESPIRAÇÃO ☐ Bucal ☐ Nasal

PALATO ☐ Normal ☐ Agival ☐ Atrésico

TAMANHO DA LÍNGUA ☐ Microglossia ☐ Macroglossia

PERFIL FACIAL ☐ Côncavo ☐ Reto ☐ Convéxo

TIPO FACIAL ☐ Dólico ☐ Meso ☐ Braqui

TONICIDADE MUSCULAR ☐ Normal ☐ Hipotônica ☐ Hipertônica

SOBRE-MORDIDA _____ MM

SOBRE-SALIENCIA _____ MM

OBS.: _____

5 - DIAGNÓSTICO

_____

6 - PLANEJAMENTO

_____

7 - PROGNÓSTICO

_____

8 - OBSERVAÇÕES:

PACIENTE QUER COLABORAR? SIM ☐ NÃO ☐

PAIS QUEREM COLABORAR? SIM ☐ NÃO ☐

9 - OBS.: _____

_____

ASSINATURA