

# GUIA DE IDENTIDADE VISUAL

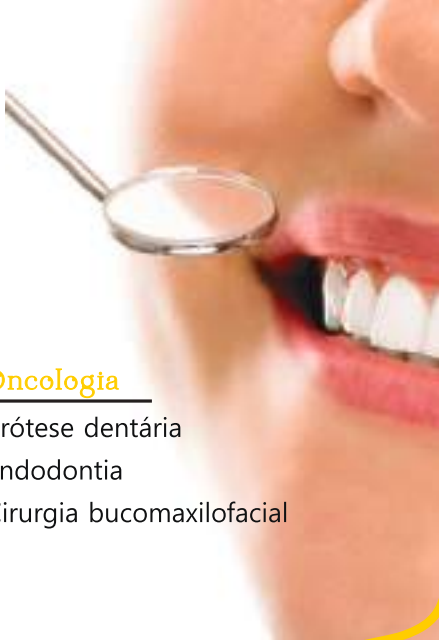




## ÍNDICE

---

- 03 Conceito simbologia
- 04 Elementos institucionais
- 05 Logotipo versão vertical
- 06 Logotipo versão horizontal
- 07 Logotipo monocromias
- 10 Logotipo variantes
- 11 Aplicação em fotografias
- 15 Itens de Networking
- 18 Papelaria Médica



## Oncologia

---

Prótese dentária

Endodontia

Cirurgia bucomaxilofacial



## Paleta Cromática



C0 M20 Y100 K0  
#FFCC29



C0 M0 Y0 K100  
#000000



PADRONAGEM



## Tipografia



Angele



Malgun Gothic



Dr. Diego Martins

---

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

---

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

---

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

---

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA





Dr. Diego Martins

---

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

---

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA









## Cartão Virtual Interativo





CRO-RJ 39863

**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA



☎ (21) 97181-7359

Oncologia  
Prótese dentária  
Endodontia  
Laserterapia  
Cirurgia bucomaxilofacial

📍 **Consultório Méier**  
Rua Hermengarda, 60 Sala 201

📍 **Consultório Copacabana**  
Rua Santa Clara, 70 Sala 204

✉ [drm.odonto@gmail.com](mailto:drm.odonto@gmail.com) @oncodentista



CRQ-RJ 39963

Oncologia  
Protese dentária  
Endodontia  
Laserterapia  
Cirurgia bucomaxilofacial

📍 **Consultório Méier**  
Rua Hermengarda, 60 Sala 201

📍 **Consultório Copacabana**  
Rua Santa Clara, 70 Sala 204



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA

**CARTÃO DE CONSULTA**

📧 [drm.odonto@gmail.com](mailto:drm.odonto@gmail.com) 📞 @oncodontista

**AGENDAMENTO**

Não pode comparecer? Avise 24 horas antes.  
☎ (21) 97181-7359

Paciente:

DATA	HORA	DATA	HORA
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__
__/__/__	__:__	__/__/__	__:__

Cartão de Atendimento



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA  
CBO - RJ 39863

(21) 97181-7359  
dm.odonto@gmail.com  
@oncodontista



Cirurgião Dentista (Faculdade de Odontologia da UFRJ)  
Especialista em Prótese Dentária (FUC-Rio)  
Especializando em Cirurgia e Traumatologia Buccomaxilofacial (ABO-SP)  
Mestrando em Clínica Odontológica (Faculdade de Odontologia da UFF)  
Habilitação em Laserterapia (UERJ)  
Habilitação em Sedação Consciente com Óxido Nítrico e Oxigênio

- Consultório Méier  
Rua Hermengarda, 60 Sala 201
- Consultório Copacabana  
Rua Santa Clara, 70 Sala 204

Receituário Timbrado



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA  
CROD/12.3963

(21) 97181-7359  
dm.odonto@gmail.com  
@oncodontista

### Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o/a paciente \_\_\_\_\_

esteve em consulta médica no dia de hoje, acompanhado/a de  
seu responsável Sr/a \_\_\_\_\_

RG n.º \_\_\_\_\_ e necessariamente \_\_\_\_\_

atividades por ( ) \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Crédito: Centro Faculdade de Odontologia da UFRJ  
Especialista em Prótese Dentária (P.O.C. - R4)  
Especialista em Cirurgia e Tecnologia Biomédica (M.O. 01)  
Mestrando em Clínica Odontológica (Faculdade de Odontologia da UFRJ)  
Habilitação em Lactação (OIBS)  
Habilitado em Salão Convênio com Odeó Hóspis e Deglúrio



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA  
CROD/12.3963

(21) 97181-7359  
dm.odonto@gmail.com  
@oncodontista

### Declaração de Comparecimento

Declaro para os devidos fins que o/a Sr/a \_\_\_\_\_

esteve acompanhando a consulta médica do/a paciente \_\_\_\_\_

horas.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA  
CROD/12.3963

(21) 97181-7359  
dm.odonto@gmail.com  
@oncodontista

### Requisição de Exames

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dados clínicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exames solicitados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consultório Miér  
Rua Hemmingford, 60 Sala 201  
Consultório Copacabana  
Rua Santa Clara, 70 Sala 204

Crédito: Centro Faculdade de Odontologia da UFRJ  
Especialista em Prótese Dentária (P.O.C. - R4)  
Especialista em Cirurgia e Tecnologia Biomédica (M.O. 01)  
Mestrando em Clínica Odontológica (Faculdade de Odontologia da UFRJ)  
Habitação em Lactação (OIBS)  
Habilitado em Salão Convênio com Odeó Hóspis e Deglúrio

Consultório Miér  
Rua Hemmingford, 60 Sala 201

Consultório Copacabana  
Rua Santa Clara, 70 Sala 204



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO  
ODONTOLÓGICO

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

De / / a / /

Nome: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Nascimento: / / UF: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Indicado por: \_\_\_\_\_  
Em caso de emergência avisar: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nome do responsável (se houver): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Dentistas anteriores: \_\_\_\_\_ Período de atuação: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO MÉDICO**

Tem alergia de qualquer tipo? ( ) Sim ( ) Não. A que? \_\_\_\_\_  
Sua pressão arterial é: ( ) Baixa ( ) Normal ( ) Alta  
Usa algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não. Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tem alguma doença ou asma? ( ) Sim ( ) Não  
Apresenta alguma alteração? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_  
Tem alguma doença? ( ) Sim ( ) Não. De que tipo? \_\_\_\_\_  
Tem diabetes? ( ) Sim ( ) Não  
Tem alguma doença de saúde que mereça referência? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usa algum tipo de prótese? ( ) Sim ( ) Não. De quantos meses? \_\_\_\_\_  
Usa algum tipo de cigarro? ( ) Sim ( ) Não. Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

**ANOTAÇÕES**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VALORES**  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ R\$ \_\_\_\_\_

Valor revisado: ( ) Sim ( ) Não R\$ \_\_\_\_\_ Quitado em: / /



Dr. Diego Martins  
ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO  
ONCOLÓGICO

#### HISTÓRICO DA DOENÇA

Qual o médico oncologista? \_\_\_\_\_

Qual o cirurgião responsável pelo caso se for cirúrgico? \_\_\_\_\_

Qual o tipo do câncer? \_\_\_\_\_

Qual a localização do câncer? \_\_\_\_\_

Tem com metástase? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Tem com síndrome? ( ) Sim ( ) Não. Qual área? \_\_\_\_\_

Que terapia recebeu? \_\_\_\_\_

Tem com dor? ( ) Sim ( ) Não. \_\_\_\_\_

Tem com febre? ( ) Sim ( ) Não. \_\_\_\_\_

Tem com anemia? ( ) Sim ( ) Não. \_\_\_\_\_

Tem com leucopenia? ( ) Sim ( ) Não. \_\_\_\_\_

Tem com trombocitopenia? ( ) Sim ( ) Não. \_\_\_\_\_

Tem com sintomas: ( ) anti-reabsortivos ( ) anti-angiogênicos ( ) terapia alvo ( ) Não

Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

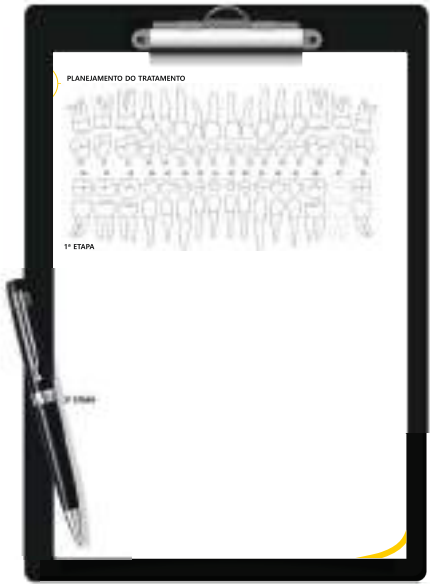
Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

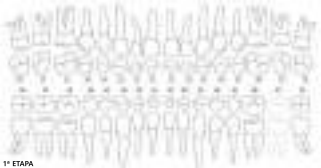
Tem com sintomas: \_\_\_\_\_

Ficha de Anamnese





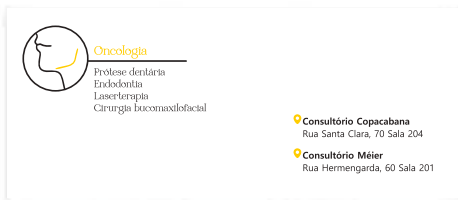
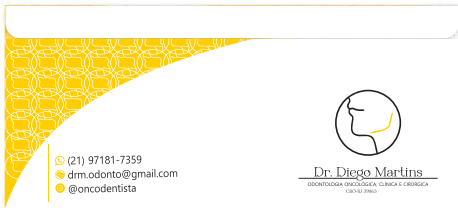
PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO



1ª ETAPA

Ficha de Anamnese





Envelope carta



**Dr. Diego Martins**

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA  
CRO-11/39863

☎ (21) 97181-7359  
✉ [drm.odonto@gmail.com](mailto:drm.odonto@gmail.com)  
@oncadenista

- **Consultório Meier**  
Rua Hermengarda, 60 Sala 201
- **Consultório Copacabana**  
Rua Santa Clara, 70 Sala 204

Envelope sacco



Oncologia | Prótese dentária | Endodontia  
Laserterapia | Cirurgia bucomaxilofacial

Cirurgião Dentista (Faculdade de Odontologia da UNESP)

Especialista em Prótese Dentária (BUC-Fiap)

Especializando em Cirurgia e Traumatologia Dico-maxilofacial (CBO-SM)

Monitorando em Clínica Odontológica (Faculdade de Odontologia da UNESP)

Habilitação em Laserterapia (DEB-0)

Habilitação em Solução Conterente com Óxido Nitroso e Óxigênio

 Consultório Méier  
Rua Hermengarda, 60 Sala 201

 Consultório Copacabena  
Rua Sarrut, Cláudio, 70 Sala 204



Dr. Diego Martins

ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA E CIRÚRGICA  
CBO-03/39603

 (21) 91161-7339  
 dm.cobom@gmail.com  
 @encodentista

Pasta



Copyright © 2024  
Todos os Direitos Reservados

