

Dra Fernanda Cordeiro de Souza CRO-4690 / Dra Mariana Carlette Bolzan CRO-4554

Paciente: _____

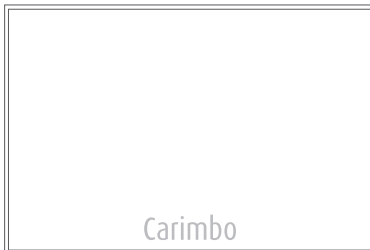
Dr(a): _____

e-mail: _____

Data: ____/____/____

Fone: _____ ☐ Enviar bloco de requisição

Objetivo do Exame: _____



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 3D CONE BEAM

☐ Maxila Total

☐ Mandíbula Total

☐ Regiões

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

☐ Protocolo de Cirurgia Guiada

☐ Prototipagem

☐ CD Dental Slice

Tipo de Impressão

☐ Radiográfica

☐ Fotográfica

☐ Implante

☐ Dente incluso

☐ Patologia

☐ Fratura Dentária

☐ ATM ☐ MIH

☐ MIH e Abertura Máxima

☐ Medição de espessura de tábua óssea
(Ortodontia)

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

☐ Periapicais (dentes assinalados)

☐ Periapical Completo

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

☐ Interproximais

☐ Molares

☐ Pré-molares

☐ Técnica de localização de dente incluso (CLARK): _____

☐ Técnica de localização de 3ºs molares inferiores (DONOVAN): _____

☐ Oclusal maxila

☐ Oclusal mandíbula

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

☐ Panorâmica

☐ Simples

☐ Para Implante (Com traçado e medidas)

☐ ATM (Transfacial)

☐ 2 Posições (Boca aberta e fechada)

☐ PA para seios maxilares (WATERS)

☐ Radiografia de mão e punho (Idade Óssea)

☐ Outra técnica extra-bucal: _____

☐ Lateral

☐ Com traçado

☐ Sem traçado

☐ Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Com traçado

☐ Sem traçado

☐ 45°

☐ Direita

☐ Esquerda

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☐ DOCUMENTAÇÃO N°1: Panorâmica, telerradiografia lateral com traçado, modelo de estudo, 6 fotos, pasta e caixa de modelo.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO N°2: Panorâmica, telerradiografia lateral com traçado, modelo de estudo, 9 fotos, periapicais anteriores (2), interproximais (4), pasta e caixa de modelo.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO N°3: Panorâmica, telerradiografia lateral com traçado, modelo de estudo, 9 fotos, periapical completo (14), interproximais (4), pasta e caixa de modelo.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO PARA IMPLANTE: Panorâmica com traçado computadorizado e medidas, fotos intra-bucais (5), modelo de trabalho sem zocalar.
- ☐ CD com exames no formato DocViewer

FOTOGRAFIAS

- | | |
|---|--|
| ☐ Frente | ☐ Intra-bucais (frente, lateral D, lateral E) |
| ☐ Frente sorrindo | ☐ Oclusais (superior, inferior) |
| ☐ Perfil | ☐ Overjet/Overbite |
| ☐ Perfil sorrindo | ☐ Outras: _____ |
| ☐ Perfil aproximado | |
| ☐ Sorriso aproximado | |

MODELOS

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Modelo de estudo | |
| ☐ Modelo de trabalho | |
| ☐ Modelo de trabalho sem zocalar | |
| ☐ Duplicação de modelos | |
| ☐ Análise de modelos | ☐ Bolton |
| | ☐ Mista |
| | ☐ Permanente |

CEFALOMETRIAS

- | | |
|---|---|
| ☐ USP | ☐ Tweed |
| ☐ McNamara | ☐ Downs |
| ☐ Unicamp | ☐ Sassouni |
| ☐ Profis | ☐ Steiner |
| ☐ Jarabak-Roth | ☐ Petrovic |
| ☐ Ricketts | ☐ Adenóide |
| ☐ Bimler | ☐ Apnéia do sono |
| ☐ USP/Unicamp | ☐ Outro: _____ |
| ☐ Erupção de 3 ^{as} molares | |

CONVÊNIOS**Unimed**  **UNIODONTO** **PLANO VIDA**
PLANO DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR **BrasilMedSaude**
SUA FAMÍLIA. NOSSA PROTEÇÃO.**Estacionamento rotativo em nossas unidades**

Shopping Cachoeiro - 3º Andar - Sala 301
Cachoeiro de Itapemirim - ES

28 3522-6926 | 99999-7671

O valor do exame será confirmado mediante apresentação da requisição