

ACEITAMOS OS SEGUINTE CONVENIÔ:

BRASESCO - ODONTOPREV - REDE DENTAL - BRASIL DENTAL - UNIMED - PREVIAN - CARE PLUS
 ODONTO SERV - SEPAP - PRONTODENTE - IBI - RIACHUELO - DM ODONTO

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ FONE: () _____

INDICAÇÃO: _____ CRO: _____

ENDEREÇO: _____

MOTIVO DO EXAME: _____

FORMA DE ENVIO: IMPRESSO SOMENTE ACESSO PELO SITE

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

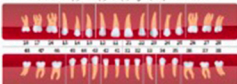
PERIAPICAL(S):

- Dentes Assinalados
- Levantamento Periapical (boca completa)
- Técnica de Clark (3 Periapicais)

INTERPROXIMAIS:

- Dentes Anteriores
- Moleares Direitos
- Moleares Esquerdos
- Pré-Moleares Diretos
- Pré-Moleares Esquerdos

*Assinale (x) dentado(s) ou (x) região(s) de interesse



Decíduos	33	34	32	31	41	42	43	44	44	
	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
	33	34	32	31	41	42	43	44	44	

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- Panorâmica simples
- Panorâmica com laudo
- Panorâmica com Medidas p/ Implante
- Carpal (avaliação da idade óssea)
- ATM
- Telerradiografia Lateral (Perfil)
- Telerradiografia Frontal (PA)

Análise cefalométrica

- USP/UNICAMP
- Ricketts
- McNamara
- Bimler
- Trevisi
- Profs
- Jarabak
- Tweed
- Adenóides
- Outra: _____
- Análise Facial

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO, 8 FOTOS E PASTA COM FORMULÁRIOS
- PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO, 8 FOTOS, MODELOS DE ESTUDO E PASTA COM FORMULÁRIOS
- PANORÂMICA, INTERPROXIMAIS, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO, 8 FOTOS, MODELOS DE ESTUDO E PASTA COM FORMULÁRIOS
- PANORÂMICA, INTERPROXIMAIS, LEVANTAMENTO PERIAPICAL COMPLETO, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO, 8 FOTOS, MODELOS DE ESTUDO E PASTA COM FORMULÁRIOS

MODELOS DE ESTUDO

- Polido em Gesso

FOTOS EXTRABUCAIS

- Frontal normal
- Frontal sorrindo
- Perfil direito
- Perfil esquerdo

FOTOS INTRABUCAIS

- Frontal
- Palmar direita e esquerda
- Oclusal superior
- Oclusal inferior

Assinatura e Carimbo

SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



1. FAVOR INDICAR A FINALIDADE DO EXAME

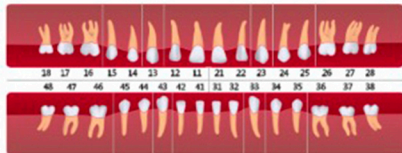
- PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES
- PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA
- LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO/CORPO ESTRANHO
- PESQUISA DE FRATURA RADICULAR
- OUTRA: _____
- AVALIAÇÃO DE ATM
- AVALIAÇÃO PERIODONTAL
- AVALIAÇÃO PATOLÓGICA
- AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA

2. ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



- Máxila total
- Mandíbula total
- Máxila estendida
- Face estendida
- A.T.M.
- Aberta
- Fechada

Região(ões) assinalada(s) abaixo:



3. FORMA DE ENVIO DAS IMAGENS

- Impresso
- Somente Acesso pelo Site

4. USO O SOFTWARE TOMOGRÁFICO

- Dental Slice
- Não Uso
- Gostaria de mais informações

Técnico(a) responsável pelo exame: _____

Obs.: _____

Recebido: ____/____/____ Assinatura: _____