INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: SEXO: F M

TEL.: E-MAIL.:

INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL

DR.(A): CRO:

TEL.: E-MAIL.:

CARIMBO E RUBRICA

Para realizar os exames, é preciso **retirar qualquer metal do pescoço para cima**, como: pregadeiras, piercings, colar, brincos, etc.

TOMOGRAFIAS **Detalhe** ao máximo sua requisição

○ Região/Dente

OU

○ Maxila Completa (18 a 28) ○ ATMs

○ Mandíbula Completa (38 a 48) ○ Zigomáticos

MOTIVO DO EXAME:

○ Fratura/Trinca
○ Implante
○ Patologia
○ Endodontia
○ Outros (Descreva nas observações)

○ Adicionar DentalSlice.

O arquivo **DICOM** é liberado para todas as tomografias e acessado diretamente pelo iDoc.

OBSERVAÇÕES

RADIOGRAFIAS E DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS ○ ENTREGA SOMENTE ONLINE ○ COM LAUDO

DENTES PERMANENTES

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

DENTES DECÍDUOS

55 54	53 52	51 61	62 63	64 65
85 84	83	82 81 71 72	73	74 75

○ Periapical isolado *(marcar os elementos acima)*

○ Periapical Completo

Bite-Wing Direito ○ Pré Molar ○ Molar

Bite-Wing Esquerdo ○ Pré Molar ○ Molar

○ Panorâmica

○ ATM vista lateral - Boca fechada/aberta

Cefalométrica ○ De Perfil ○ Frontal

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA COMPUTADORIZADA

○ USP ○ Downs ○ McNamara ○ Steiner ○ Ricketts

○ Tweed ○ Bimler ○ Jarabak ○ UNICAMP ○ Schwarz

OUTRAS:

ESCANEAMENTO INTRAORAL

○ Arquivo STL ○ Invisalign

○ Modelo 3D **impresso**

FOTOGRAFIAS

INTRAORAIS:

○ Oclusão Frontal
○ Oclusão lateral D
○ Oclusão lateral E
○ Oclusão Superior
○ Oclusão Inferior

EXTRAORAIS:

○ Frente
○ Frente Sorrindo
○ Perfil Direito
○ Perfil Esquerdo

OBSERVAÇÕES

ESTA REQUISIÇÃO NÃO É ACEITA PELOS CONVÊNIOS. Para que o atendimento seja realizado, é **obrigatório** que o pedido do exame seja feito no **receituário timbrado do dentista**, **esteja assinado**, **datado** e **carimbado legivelmente**.