



CLÍNICA RADIOLÓGICA
DENTÁRIA

Av. 7 de Setembro, 505 sala 803 - Campos dos Goytacazes-RJ tel.:(22) 2722 6664 - 2725 7593 - 99836 1979

WhatsApp

REQUISIÇÃO DE EXAMES

DADOS DO CLIENTE

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Telefone: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Assinatura/ Carimbo: _____

Dr.(a): _____

Telefone: _____

Email: _____ Data : ____ / ____ / ____

EXAMES RADIOGRAFICOS

Dentes Permanentes

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
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
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

- 01 ☐ Periapical Isolada (assinalar grade acima)
- 02 ☐ Periapical Completa (Radiodôntica)
- 03 ☐ Periapical Completa + Bite-wings (☐ pré-molares ☐ molares)
- 04 Bite-wing (Interproximais): ☐ pré-molares ☐ direito
☐ molares ☐ esquerdo
- 05 Oclusal: ☐ Superior: ☐ Total ☐ Parcial: região:
☐ Inferior: ☐ Total ☐ Parcial: região:
- 06 Métodos de Localização: (assinalar grade acima)
☐ Clark ☐ Le Master ☐ Miller-Winter ☐ Donovan ☐ Parma
- 07 Panorâmica: ☐ Semi-aberta ☐ Oclusão
☐ complementada (Bite-wings + incisivos)
☐ para implante ☐ com traçado para implante
- 08 Cefalométrica de Perfil (direito): ☐ sem traçado ☐ com traçado
(assinalar em Análises)
- 09 Cefalométrica ☐ PA ☐ Traçado de Ricketts ☐ AP
- 10 Cefalométrica à 45°: ☐ direito ☐ esquerdo
- 11 ☐ Idade óssea (mão e punho)
- 12 ☐ ATM - Transcraniana (boca aberta e fechada)

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

- 01 ☐ Manuais: ☐ Steiner ☐ Tweed ☐ Downs ☐ Jarabak
- 02 ☐ Computadorizadas:
☐ Steiner ☐ Roth-Jarabak ☐ Unicamp
☐ Tweed ☐ Lavergne-Petrovic ☐ USP - Unicamp
☐ USP ☐ Erupção Terceiros Molares ☐ Trevisi
☐ Bimler ☐ Delmanto ☐ Schwarz
☐ Downs ☐ Adenóides ☐ Sassouni
☐ Ricketts ☐ McNamara ☐ Profis
☐ Outros _____

DOCUMENTAÇÃO

- 01 **Fotografias:**
Extra-orais (face): Frente: ☐ normal ☐ sorriso ☐ sorriso forçado
Perfil: ☐ direito ☐ esquerdo
Intra-orais: ☐ oclusão anterior ☐ lateral direito ☐ lateral esquerdo
Visão Oclusal: ☐ superior ☐ inferior
- 02 **Análise Facial computadorizada:** ☐ Frontal ☐ Lateral
- 03 ☐ Sobreposição de imagens (cefalométrica/foto) em papel fotográfico
- 04 **Modelos (em gesso):** ☐ de Estudo (com acabamento)
☐ de Trabalho (sem acabamento)
☐ de Trabalho (com acabamento)
- 05 ☐ Análise de modelos
- 06 ☐ Escaneamento intra-oral ☐ Impressão 3D modelo digital
- 07 ☐ Pasta PVC ☐ Pasta simples ☐ Envelope
- 08 ☐ CD ☐ e-mail

DADOS COMPLEMENTARES AO EXAME

CONVÊNIOS

AMIL - BRASEG - PETROBRAS - FOC - INPAO - ABO - SULAMÉRICA
ASSETEC - CENTRO ODONTOCLÍNICO - ARTE ORAL - PREV DENT - DENTAL CLINIC
PLANO BOA VIAGEM - ODONTO CLINIC - ARM - ODONTO PRIME
ORAL CENTER - CONAB - ORTO CLINIST - DENTAL PLAN - SORRISO - SORRIDENTE

☐ Favor enviar requisições

CARTÕES : VISA E MASTERCARD

Orçamento por telefone sujeito a confirmação na apresentação do pedido do dentista.



Av. 7 de Setembro, 505 sala 803 - Campos dos Goytacazes-RJ tel.:(22) 2722 6664 - 2725 7593 - 99836 1979
WhatsApp

CLÍNICA RADIOLÓGICA
DENTÁRIA

TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

DADOS DO CLIENTE

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Telefone: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Assinatura/ Carimbo: _____

Dr.(a): _____

Telefone: _____

Email: _____

Data : ____ / ____ / ____

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES (Selecionar região abaixo)

☐ Com guia tomográfico

☐ Maxila completa

☐ Mandíbula completa

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

Nº de implantes/ Obs.: _____

☐ Avaliação de enxerto ósseo (Assinalar no esquema panorâmico)

☐ Com afastador labial

DIAGNÓSTICO DE ATM

☐ Boca fechada

☐ Direito

☐ Morfologia (Perfil /PA)

☐ Boca aberta

☐ Esquerdo

☐ Pesquisa de fratura/ Patoloiga

ORTODONTIA / ORTOPEDIA / ODONTOPEDIATRIA (Selecionar região)

☐ Avaliação das tábuas ósseas (Vestibular e lingual)

ENDODONTIA (Assinalar elementos de interesse)

☐ Pesquisa de fratura dentária

☐ Pesquisa de perfuração radicular

☐ Localização de lesões periapicais

CIRURGIA E PATOLOGIA (Assinalar região)

☐ Seios maxilares

☐ Dentes inclusos e/ ou supranumerários

☐ Pesquisa de fratura óssea

☐ Delimitação de patologias

Terceiros molares

☐ 18

☐ 28

☐ Relação como seio maxilar

☐ 48

☐ 38

☐ Relação canal mandibular

PERIODONTIA (Assinalar região)

☐ Avaliação da perda óssea alveolar

☐ Envolvimento de furca

☐ Envolvimento endoperiodontal

☐ ENVIAR CD DENTAL SLICE

☐ ENVIAR DICOM

OBSERVAÇÕES:

Orçamento por telefone sujeito a confirmação na apresentação do pedido do dentista.

