

Paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Favor marcar horário - O valor do exame será confirmado mediante apresentação desta requisição.

Indicação Dr(a): _____

e-mail: _____

Telefone: _____

☐ Favor enviar requisições

CARIMBO E ASSINATURA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM - ALTA RESOLUÇÃO

QUAL A FINALIDADE?

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| ☐ Implantodontia | ☐ Endodontia | ☐ Periodontia | ☐ Ortodontia |
| ☐ Guia cirúrgico (seguir protocolo) | ☐ Cirurgia/Patologia | ☐ Protocolo dentogengival | ☐ DTM |

Observações: _____

QUAL A FORMA DE ENVIO?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Somente digital (sem impressão) | ☐ Filme tomográfico (preto e branco) | ☐ Papel fotográfico (colorido) |
| ☐ Impressão e acesso online | ☐ DICOM | ☐ DICOM e visualizador CS3D |
| ☐ Opcional | | |

QUAL A REGIÃO?

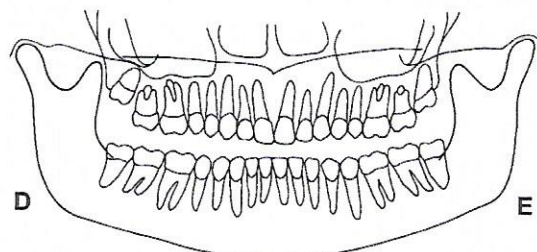
- | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ATM | ☐ 2 posições | ☐ 3 posições |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

☐ Endodontia: Aquisição unitária resolução 76µm - Dente: _____

☐ Maxila total

☐ Mandíbula total

- | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Parcial | ☐ Maxila | ☐ D | ☐ E | ☐ Anterior |
| | ☐ Mandíbula | ☐ D | ☐ E | ☐ Anterior |
| | ☐ Região dos dentes: _____ | | | |



EXAMES RADIOGRÁFICOS

QUAL A FORMA DE ENVIO?

- ☐ Somente digital (sem impressão) ☐ Impressão e acesso online

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- ☐ Panorâmica ☐ Panorâmica Express (sem laudo) ☐ ATM ☐ Mão e punho (idade óssea)
- ☐ Telerradiografia lateral ☐ Com traçado cefalométrico: _____
- ☐ Telerradiografia frontal (PA) ☐ Com traçado cefalométrico: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

- ☐ Radiografia Periapical ☐ Levantamento completo ☐ Dentes assinalados:
- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | | | | |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
- ☐ Radiografia Interproximal ☐ Molares ☐ D ☐ E ☐ Pré molares ☐ D ☐ E
- ☐ Radiografia Oclusal ☐ Maxila ☐ Mandíbula
- ☐ Técnica de Clark: _____

DOCUMENTAÇÕES

☐ DOCUMENTAÇÃO ALINHADORES ORTODÔNTICOS

Pan, Tele com traçado, 8 fotos, modelo digital STL

- ☐ Invisalign ID: _____ e-mail: _____
- ☐ Outros alinhadores: _____ Traçado cefalométrico: _____
- Forma de envio: ☐ Somente digital (sem impressão) ☐ Modelo impresso ☐ Impressão e acesso online

☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA SIMPLIFICADA (SEM MODELOS)

Pan, Tele com traçado, 8 fotos

- Traçado cefalométrico: _____
- Forma de envio: ☐ Somente digital (sem impressão) ☐ Impressão e acesso online

☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA

Pasta com Pan, Tele com traçado, Fotos e Modelos

- ☐ 2 fotos ☐ 6 fotos ☐ 8 fotos ☐ Modelo de gesso ☐ Modelo impresso ☐ Modelo digital
- Traçado cefalométrico: _____

PROTOCOLOS FOTOGRÁFICOS

- ☐ Protocolo fotográfico para Harmonização Orofacial
- ☐ Protocolo fotográfico para DSD
- ☐ Protocolo fotográfico para Ortodontia
- ☐ 2 fotos ☐ 6 fotos ☐ 8 fotos

Forma de envio:

- ☐ Somente digital (sem impressão)
- ☐ Impressão e acesso online

SERVIÇOS AVULSOS

- ☐ Escaneamento intrabucal (STL - Modelo virtual)
- ☐ Modelo Impresso
- ☐ Modelo de gesso
- ☐ Estudo ☐ Trabalho

Observações: _____
