



Paciente: _____ Convênio: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Tel.: _____

End.: _____ Cidade: _____

Filiação Pai: _____

Mãe: _____

Solicitante: Dr(a): _____ CRO: _____

E-mail para entrega eletrônica: _____

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

V I V I I I I								I I I I I V V									
D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
V I V I I I I								I I I I I V V									

- ☐ Técnica do Paralelismo (Cone Longo)
☐ Tela Milimetrada
☐ Técnica de Clark

RADIOGRAFIA ATM

- ☐ 4 Incidências ☐ 6 Incidências

RADIOGRAFIA CARPAL

- ☐ Idade Óssea

RADIOGRAFIA FRONTAL PA

RADIOGRAFIAS BITE WING

8 7 6 5 4								4 5 6 7 8							
D	8	7	6	5	4	4	5	6	7	8	E				
	8	7	6	5	4	4	5	6	7	8					

RADIOGRAFIA OCLUSAL

- ☐ Superior ☐ Inferior

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

- ☐ Boca semi-aberta ☐ Em Oclusão Dental

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL

- ☐ Mandíbula ☐ Maxila

Finalidade: _____

TELERRADIOGRAFIA

- ☐ Com Traçado Computadorizado
☐ Sem Traçado

☐ ABO-DIVINÓPOLIS

☐ PROFIS

☐ SASSOUNI

☐ USP/UNICAMP

☐ JARABAK

☐ RICKETTS

☐ UNICAMP

☐ OUTRO: _____

☐ MCNAMARA

☐ STEINER-TWEED

☐ USP

FOTOS

FOTOS
EXTRA BUCAIS

- ☐ Frente
☐ Perfil Direito
☐ Perfil Esquerdo
☐ Sorriso

FOTOS
INTRA BUCAIS

- ☐ Frente
☐ Perfil Direito
☐ Perfil Esquerdo

FOTOS
OCLUSAIS

- ☐ Superior
☐ Inferior

MODELO ORTODÔNTICO EM GESSO

☐ S

☐ I

☐ Sem Acabamento

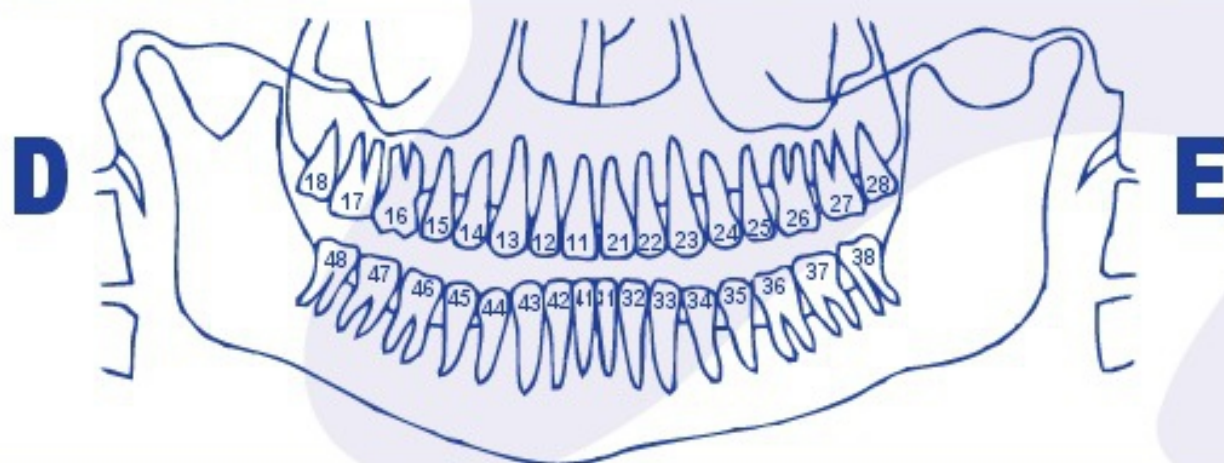
MODELO ORTODÔNTICO 3D

☐ S

☐ I

- ☐ Pasta de Plástico ☐ Pasta de Cartolina ☐ Em cd ☐ Enviar Email
☐ Laudo Radiográfico ☐ Não Imprimir ☐ Novo Bloco

Paciente: _____ Convênio: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Tel.: _____
 End.: _____ Cidade: _____
 Filiação Pai: _____
 Mãe: _____
 Solicitante: Dr(a): _____ CRO: _____
 E-mail para entrega eletrônica: _____



1 - MARQUE AS ÁREAS DE INTERESSE

TX MAXILA

- ☐ Até 2 dentes ☐ Maxila Total
☐ Até 4 dentes

TX MANDÍBULA

- ☐ Até 2 dentes ☐ Mandíbula Total
☐ Até 4 dentes

☐ TC ZIGOMÁTICO

☐ TC ATM

☐ Boca aberta ☐ Semi-aberta ☐ Fechada

2 - MARQUE FINALIDADE DO EXAME

- ☐ IMPLANTE
☐ DENTES INCLUSOS
☐ LOCALIZAÇÃO DE EXTRANUMERÁRIOS
☐ ANÁLISE DE FRATURA/TRINCA
☐ PERIODONTIA
☐ PATOLOGIAS
☐ PERFURAÇÃO/TREPANAÇÃO
☐ GUIA TOMOGRÁFICO
☐ IMPRESSÃO EM FILME
☐ IMPRESSÃO EM PAPEL
☐ ENVIAR POR EMAIL
☐ SOFTWARE DENTAL SLICE

Descreva a finalidade e aspectos clínicos de relevância: _____

