



Paciente: _____ Convênio: _____

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

End.: _____ Cidade: _____

Filiação Pai: _____

Mãe: _____

Solicitante: Dr(a): _____ CRO: _____

E-mail para entrega eletrônica: _____

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	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	IV	III	II	I	I	II	III	IV	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
- JARABAK
- MCNAMARA
- PROFIS
- RICKETTS
- STEINER-TWEED
- SASSOUNI
- UNICAMP
- USP
- USP/UNICAMP
- OUTRO: _____

FOTOS

FOTOS EXTRA BUCAIS

- Frente
- Perfil Direito
- Perfil Esquerdo
- Sorriso

FOTOS INTRA BUCAIS

- Frente
- Perfil Direito
- Perfil Esquerdo

FOTOS OCLUSAIS

- Superior
- Inferior

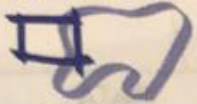
MODELO ORTODÔNTICO EM GESSO 3D

- S
- I
- Com Acabamento
- 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 Até 4 dentes
 Até 6 dentes Maxila Total

TX MANDÍBULA

- Até 2 dentes Até 4 dentes
 Até 6 dentes Mandíbula Total

 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: _____