

- Entregar no consultório
- Entregar ao paciente
- Digital
- Enviar mais requisições

Agende seu horário:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_\_

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Dr(a): \_\_\_\_\_ - Cidade: \_\_\_\_\_

Finalidade dos exames: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

### RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS - 2D

#### CARPAL




#### PANORÂMICA



- Topo
- Oclusão
- Implante
- ATM

#### TELERRADIOGRAFIA



- Perfil
- Frontal

### RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

#### PERIAPICAIS

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



Finalidade: \_\_\_\_\_

- Levantamento Periapical Completo

#### INTERPROXIMAIS



- Pré-molares Esquerdos
- Pré-molares Direitos
- Molares Esquerdos
- Molares Direitos

### DOCUMENTAÇÕES

- I. Doc. Ortodôntica Inicial (Panorâmica, Telerradiografia com Traçado, Modelos, 10 Fotos, 2 Periapicais e 4 Interproximais).
- II. Doc. Infantil (Panorâmica, Telerradiografia, 10 fotos e 2 Interproximais).
- III. Doc. Ortodôntica Final (Panorâmica e Modelos).
- IV. Clínica Inicial (Panorâmica e 4 Interproximais Posteriores).

#### MODELOS

- Modelo filamento impresso (com base ortodôntica)
- Resina impressa (com base ortodôntica)
- Resina impressa (sem base ortodôntica)
- Escaneamento digital (com base ortodôntica)
- Escaneamento digital (sem base ortodôntica)

#### TRAÇADOS COMPUTADORIZADOS

- Bimler
- Padrão UNICAMP
- Steiner
- Downs
- Padrão USP
- Tweed
- Jarabak Bjork
- Ricketts
- McNamara
- Schwars

#### FOTOS

- Extra-orais



- Intra-orais



Local e Data

Assinatura e Carimbo

**FINALIDADE DO EXAME**

**IMPLANTODONTIA**

- Maxila
- Mandíbula
- Total
- Sextante Anterior
- Hemiarco Direito
- Hemiarco Esquerdo
- Unitário / Região \_\_\_\_\_

**ENDODONTIA**

- Pesquisa de Fratura Dente Nº \_\_\_\_\_
- Pesquisa de Canais Dente Nº \_\_\_\_\_

**LOCALIZAÇÃO DE SUPRA NUMERÁRIOS E DENTES INCLUSOS**

- Dente Nº \_\_\_\_\_
- Região \_\_\_\_\_

**LOCALIZAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES**

18 28 38 48

**PESQUISA DE PATOLOGIA ÓSSEA**

- Maxila
- Mandíbula

**OUTRAS ÁREAS**

**ATM**

- Unilateral (Boca aberta e fechada)
  - Direito
  - Esquerdo
- Bilateral (Boca aberta e fechada)

**SEIOS MAXILARES**

- Unilateral
  - Direito
  - Esquerdo
- Bilateral

**EXAME IMPRESSO**

**CD DICOM (ONDEMAND3D PROJECT VIEWER)**

**INFORMAÇÕES**

Observações: \_\_\_\_\_



**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

- **Marcar consulta antecipadamente** (agendar).
- Desmarcar consulta, em caso de não poder comparecer.
- O valor dos exames informados por telefone são aproximados. O pagamento é efetuado no dia do exame.
- Paciente gestante ou com suspeita de gravidez, informar no ato do agendamento.
- No dia do seu exame lembre-se de trazer consigo um documento com foto junto a requisição fornecida pelo seu dentista.
- Remova objetos metálicos na região da cabeça e pescoço.

**RIO 3D Radiologia Imagem Odontológica**

Travessa Heitor Luz, Nº 60 - Centro  
Rio do Sul - SC - CEP 89160-140