

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO DE 07:30 ÀS 19:30H - AOS SÁBADOS DE 08:00 ÀS 12:00H

Belo Horizonte, ____ de _____ de ____

Paciente: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Fone: _____

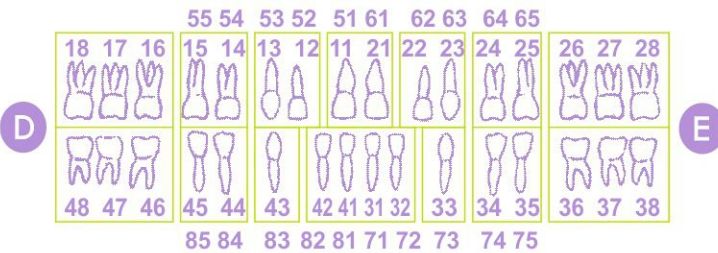
Solicitação do(a) Dr(a): _____ Endereço: _____

CEP: _____ Fone: _____ E-mail para consultório virtual: _____

RADIOLOGIA DIGITAL

FILME PAPEL FOTOGRÁFICO E-MAIL CD ENVIAR BLOCO DE REQUISIÇÃO

PERIAPICAIS



DENTES ASSINALADOS TODOS OS DENTES IRROMPIDOS OU NÃO (14)

TÉC. DE LOCALIZAÇÃO (CLARK) APENAS DENTES PRESENTES

INTERPROXIMAIS

PRÉ-MOLARES DIR. ESQ. DIR. ESQ.
 MOLARES

OCUSAIS

MAXILA MANDÍBULA TOTAL PARCIAL REG.: _____

PANORÂMICA

BOCA SEMI-ABERTA EM OCLUSÃO

ATM

4 TOMADAS (BOCA FECHADA / ABERTA) 6 TOMADAS (BOCA FECHADA / SEMI-ABERTA / ABERTA)

TELERRADIOGRAFIA

TRAÇADO COMPUTADORIZADO SEM TRAÇADO TRAÇADO MANUAL

TRAÇADOS

Profis Steiner-Tweed MacNamara Jarabak Ricketts USP Bimler Unicamp Sassouni USP Unicamp Unificado Lavergne-Petrovic Outros _____

FRONTAL

AP PA

CARPAL - MÃO E PUNHO

IDADE ÓSSEA CURVA DE CRESCIMENTO

FOTO EXTRA-BUCAIS

FRENTE SORRISO PERFIL: DIR. ESQ. FUNDO BRANCO FUNDO AZUL

FOTO INTRA-BUCAIS

FRENTE LATERAL: DIR. ESQ. OCLUSAIS: SUP. INF. OVERJET

MODELOS

ESTUDO TRABALHO 3D (MAXILA MANDÍBULA OCLUSÃO)

DOCUMENTAÇÃO

PASTA CD BÁSICA (PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA COM 01 TRAÇADO, 08 FOTOS, MODELOS ESTUDO) COMPLETA (BÁSICA + PERIAPICAIS DE TODOS OS DENTES)

OBS.: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO DE 07:30 ÀS 19:30H - AOS SÁBADOS DE 08:00 ÀS 12:00H

Belo Horizonte, ____ de _____ de ____

Paciente: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Fone: _____

Solicitação do(a) Dr(a): _____ Endereço: _____

CEP: _____ Fone: _____ E-mail para entrega eletrônica: _____

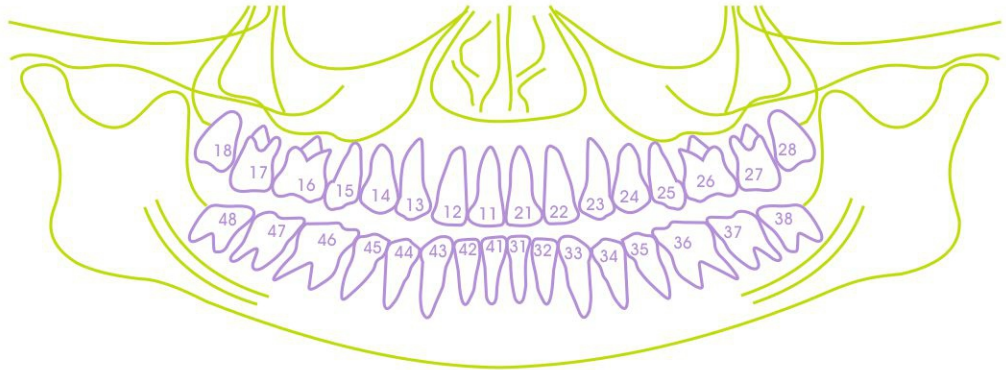
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXES CÔNICOS (CONE BEAM)

FILME PAPEL FOTOGRÁFICO E-MAIL CD ENVIAR BLOCO DE REQUISIÇÃO

SOFTWARE DE MANIPULAÇÃO DE IMAGENS:

DENTAL SLICE

**ESPECIFICAR ÁREAS
DE INTERESSE
NO DIAGRAMA**



FINALIDADE DO EXAME

IMPLANTODONTIA CIRURGIA ORAL CIR. ORTOGNÁTICA ENDODONTIA PERIODONTIA PATOLOGIA ORTODONTIA ATM

DESCREVA FINALIDADE: _____

T.C. MAXILA TOTAL ATÉ 6 DENTES ATÉ 4 DENTES ATÉ 2 DENTES

T.C. MANDÍBULA TOTAL ATÉ 6 DENTES ATÉ 4 DENTES ATÉ 2 DENTES

GUIA TOMOGRÁFICO SIM NÃO

T.C. ZIGOMÁTICO **T.C. SEIOS DA FACE**

ATM BOCA ABERTA BOCA SEMI-ABERTA FECHADA

T.C. FACE COMPASS 3D CIRURGIA ORTOGNÁTICA (PARA SIMULAÇÃO 3D)

CIRURGIA GUIADA ESCANEAMENTO DA PRÓTESE / GUIA COM MARCAÇÕES

PROTOTIPAGEM OPACO TRANSPARENTE

MAXILA COMUM MAXILA EXTENDIDA MANDÍBULA COMUM MANDÍBULA EXTENDIDA

FACE COMUM FACE EXTENDIDA CRÂNIO TOTAL

GUIAS CIRÚRGICAS PROTOTIPADAS IMPLANTES TOTAL IMPLANTES PARCIAL CIRURGIA ORTOGNÁTICA



FAVOR MARCAR HORÁRIO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA