

Paciente: _____

Clínica / Profissional
(Carimbo e assinatura)

Tipo de SEM Impressão (site)
Entrega: Impresso

Observações / Indicação ou Finalidade do exame:

EXAMES EXTRA-BUCAIS

Radiografia Panorâmica

- Normal (topo)
 Oclusão
 Com **traçado anatômico**

8 fotografias

Seios da Face

- Waters Caldwell

Radiografia de ATM

- 2 posições
(boca aberta e fechada)
 3 posições
(boca aberta, repouso e fechada)

Radiografia Carpal

- Mão e Punho

Telerradiografia

- Frontal (PA)
 Lateral (Perfil)

Traçado

- USP Outro: _____
 Rickets _____
 Steiner _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO (Cone Beam)

Tipo de Exame (Assinalar no desenho o dente ou a região)

- Dente(s) _____
 3º Molar(es) _____
 Região(ões) assinalada(s)
 Seios da Face
 Vias Aéreas Superiores
 Ossos da Face (glabella a mento)

ATM: 1 Posição 2 Posições 3 Posições

- Maxila Hemi Arcada Direita
 Hemi Arcada Esquerda
 Arcada Completa
 Arcada + ZIGOMA

- Mandíbula Hemi Arcada Direita
 Hemi Arcada Esquerda
 Arcada Completa
 Arcada + RAMOS

Extras

- CD / DVD
 DICOM
 Dental Slice

Finalidade do Exame Tomográfico

- Implante Periodontia / Gengivoplastia Protocolo MARPE
 Pesquisa de fratura / canais radiculares Dentes inclusos / supranumerários / anquilose

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

Radiografia Periapical

- Dentes assinalados
 Endodontia (com medidas)
 Levantamento completo

Radiografia Interproximal

- Pré-Molares D E
 Molares D E

Radiografia Oclusal

- Maxila
 Mandíbula

Técnica de Localização

Região _____

Dissociação de Canais

Dente(s) _____



DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- Doc. **DIGITAL SEM IMPRESSÃO**: panorâmica, telerradiografia, 1 traçado, 8 fotos.
 Doc. **SIMPLIFICADA IMPRESSA**: panorâmica, telerradiografia, 1 traçado, 8 fotos, pasta.
 Doc. **ECONÔMICA**: panorâmica, telerradiografia com 1 traçado, 8 fotos, modelo de estudo (par), fichas clínicas em pasta.
 Doc. **COMPLETA**: panorâmica, telerradiografia com 2 traçados, 8 fotos, modelo de estudo (par), **periapicais dos incisivos**, fichas clínicas em pasta.
 Doc. **DIGITAL para ALINHADOR**: panorâmica, telerradiografia com 1 traçado, 9 fotos, **escaneamento para alinhador**: * Invisalign EA Esthetic Aligner
 Clearcorrect Outro: _____

Traçado

- USP
 Rickets
 Steiner
 Outros: _____

ESCANEAMENTO INTRABUCAL

- Escaneamento para **Alinhador**: * Invisalign EA Esthetic Aligner
 Clearcorrect Outro: _____
 Escaneamento para outras finalidades: _____
 Escaneamento + **Modelo impresso**: Plástico (PLA, filamento) Resina (SLA)

SERVIÇOS ADICIONAIS / TERCEIRIZADOS

- Modelo de Estudo (**gesso** polido e zocalado)
 Modelo de Trabalho (**gesso** não polido / sem base)
 Guia Cirúrgico - Maxila (*terceirizado*)
 Guia Cirúrgico - Mandíbula (*terceirizado*)
 Biomodelo / Prototipagem (*terceirizado*)

Para maior conforto e para evitar aglomerações, **todos os exames devem ser agendados**.
Os valores serão confirmados com a apresentação desta requisição / pedido do dentista.

Para exames radiográficos, **devem ser removidos brancos, piercings e outros adornos**.

Para moldagens, o paciente deve estar em **jejum de 2 horas**.

