

IDENTIFICAÇÃO

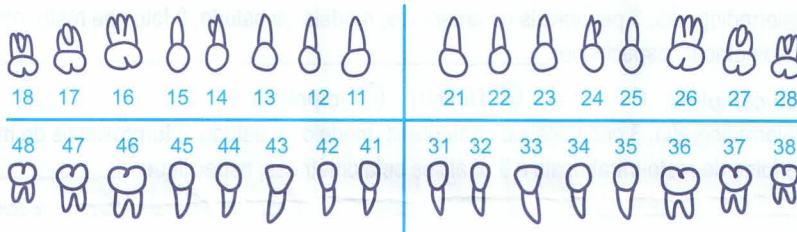
Paciente: LIE SCHWELM DA PICCOLI
Tel.: _____ Data Nasc.: ____/____/____
Dr.(a): AN PAUL C. MARCACCINO
Tel.: _____ E-mail: _____
Finalidade do exame: _____ ☐ Solicito bloco de requisições

ENTREGA DE EXAMES

☒ Entrega no consult. end.: BENGO MENZ 1214
☐ Disponibilizar no Sistema ☐ Retirada pelo Paciente
☐ Digital ☐ Papel Fotográfico ☐ DICOM ☐ DICOM com Visualizador ☐ Filme Radiográfico

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (Cone Beam)

☐ Maxila completa ☐ Mandíbula completa ☐ Maxila e Mandíbula completas ☐ Hemi-arcada _____
☐ Região conforme assinalado abaixo:



☐ Com medida de altura e espessura óssea da região _____
☐ Sem medidas
☐ ATM em oclusão e abertura máxima

FINALIDADE DA TOMOGRAFIA

☐ Implante ☐ Fratura ☐ Lesão ☐ Dente incluso ☐ Ortodontia
☐ Outra: _____

ODONTOLOGIA DIGITAL

☐ **ESCANEAMENTO INTRAORAL**
☐ Somente Arquivo Digital (STL)
☐ Arquivo Digital + Modelo Impresso
☐ **DOC. ORTODÔNTICA PARA ALINHADORES**
☐ Panorâmica, Teleradiografia, Fotos, Escaneamento Intraoral
☐ Apenas Escaneamento Intraoral para Alinhadores
☐ Sistema: _____
☐ **GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTES**
☐ Maxila
☐ Mandíbula
☐ Duplo Escaneamento (Paciente + Guia)
☐ Sistema: _____
☐ **BIOMODELO**
☐ Maxila
☐ Mandíbula: _____
☐ Segmento: _____
☐ Autoclável
☐ Com Janela para Dente Retido
☐ **GUIA PERIODONTAL**
☐ Documentação: Escaneamento Intraoral, 6 fotos, Planejamento 2D e Impressão da Guia Periodontal
☐ Tomografia Maxila com visualização dos tecidos moles periodontais

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Periapical completo ☐ Periapical do(s) dente(s)



- ☐ Interproximal ☐ Molar direito ☐ Pré-molar direito ☐ Molar esquerdo ☐ Pré-molar esquerdo
☐ Oclusal ☐ Mandíbula ☐ Maxila ☐ Parcial _____
☐ Técnica de Clark da região _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☐ Panorâmica com traçado para implantodontia região _____
☐ Teleradiografia ☐ Lateral ☐ Frontal ☐ ATM em oclusão e abertura máxima
☐ Seios da Face ☐ Waters ☐ Caldwell ☐ Índice Carpal (mão e punho)

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação inicial/final: ☐ Digital ☐ Impressa
 panorâmica, telerradiografia, modelo de estudo, 8 fotos de rosto-intrabucais e 1 análise cefalométrica, especifique: _____
☐ Documentação básica: ☐ Digital ☐ Impressa
 panorâmica, telerradiografia, 3 periapicais de anteriores, modelo de estudo, 8 fotos de rosto-intrabucais e 3 análises cefalométricas, especifique: _____
☐ Documentação completa: ☐ Digital ☐ Impressa
 panorâmica, telerradiografia, 3 periapicais de anteriores, modelo de estudo, interproximais de molares e pré-molares, 8 fotos de rosto-intrabucais e 3 análises cefalométricas, especifique: _____
☐ Documentação clínica inicial: ☐ Digital ☐ Impressa
 panorâmica, interproximais de molares e pré-molares, 1 foto de rosto e 5 fotos intrabucais.
☐ Documentação personalizada: _____
☐ Índice carpal (radiografia de mão e punho)

VALOR DOS EXAMES: O valor dos exames, informado por telefone, deverá ser confirmado mediante a apresentação da requisição para o atendimento.

CONVÊNIOS: Para a realização dos exames, os convênios exigem o receituário do dentista assinado e carimbado.

Antes da realização do exame é necessária autorização pelo convênio, o procedimento exige um certo tempo, apesar de nossos esforços para realiza-lo com a maior brevidade possível.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Nossos equipamentos emitem o mínimo de radiação necessária para realização dos exames. Contudo, não é indicado a presença de acompanhantes durante o procedimento, por isso, nossa equipe está treinada para atender crianças e adolescentes.

