

SOLICITANTE

Dr(a) / Clínica: _____

Cel/Whatsapp: _____ CRO: _____

Email: _____

PACIENTE

Dr(a) / Clínica: _____

Cel/Whatsapp: _____

Email: _____

Rua Carvalho de Souza, 247 SALA 602 - Madureira, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21350-180

Fone: (21) 3359-1488 | Whatsapp (21) 98477-1334

radiodent@bol.com.br | www.radiodent.com.br

Responsável Técnico: Carla Barros de Oliveira | CRO 15213

RADIOGRAFIAS

- ☐ Periapical isolado (marcar ao lado)
- ☐ Periapical completo ☐ Com grade
- ☐ Interproximal ☐ Esquerda ☐ Direita
- ☐ Oclusal ortogonal ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Oclusal oblíqua ☐ Superior. ☐ Inferior.
- ☐ Panorâmica simples ☐ Para implante -22%
- ☐ Panorâmica com complementação
- ☐ Cefalométrica em perfil ☐ em P.A.
- ☐ Cefalométrica a 45° ☐ Esquerda ☐ Direita
- ☐ Punho e mão (finalidade ortodôntica)

ANÁLISES COMPUTADORIZADAS

Cefalométrica em perfil

- ☐ Análise de adenóides
- ☐ Bimler
- ☐ Delmánt
- ☐ Downs
- ☐ Jarabak
- ☐ McNamara
- ☐ Petrovic
- ☐ Ricketts
- ☐ Steiner
- ☐ Tweed
- ☐ Usp
- ☐ Unicamp
- ☐ Schwarz
- ☐ Trevisi
- ☐ Profis

Cefalométrica em P.A.

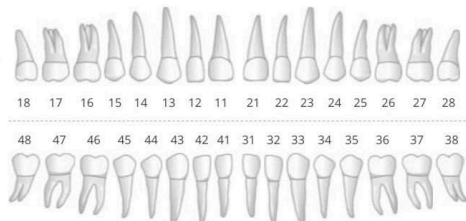
- ☐ Ricketts frontal

Radiografia de Punho e Mão

- ☐ Idade óssea

Estudo de modelos

- ☐ Mista
- ☐ Permanente
- ☐ Bolton



OBSERVAÇÕES

Área para observações.

MODELOS EM GESSO

- ☐ Modelo de estudo
- ☐ Modelo de trabalho

FOTOGRAFIAS

Intraorais

- ☐ Oclusão anterior
- ☐ Oclusão direita
- ☐ Oclusão esquerda
- ☐ Oclusal superior
- ☐ Oclusal inferior
- ☐ Overjet
- ☐ Overbite

Extraorais

- ☐ Frente
- ☐ Frente sorrindo
- ☐ Perfil direito
- ☐ Perfil direito sorrindo
- ☐ Perfil esquerdo
- ☐ Perfil esquerdo sorrindo

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Finalidade do exame, histórico clínico e observações importantes:

Área para observações.

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES

- ☐ Maxila completa
- ☐ Mandíbula completa
- ☐ Regiões assinaladas (esquema ao lado)

DIAGNÓSTICO DE ATM

- ☐ Boca fechada
- ☐ Boca aberta

PERIODONTIA

- ☐ Avaliação de perda óssea alveolar
- ☐ Envolvimento de furca
- ☐ Avaliação de envolvimento endoperiodontal

ENDODONTIA

- ☐ Pesquisa de fratura dentária
- ☐ Pesquisa de perfuração radicular

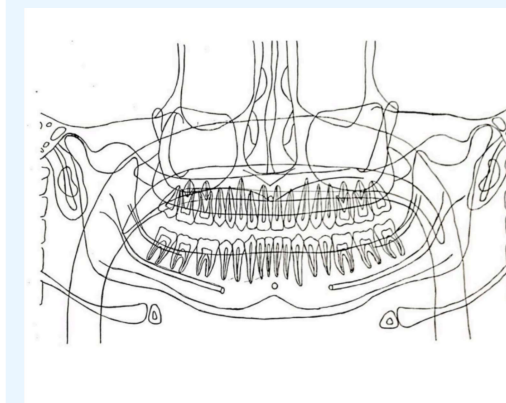
CIRURGIA

- ☐ Dente incluído e/ou supranumerário
- ☐ Pesquisa de fratura óssea região: _____
- ☐ Terceiros molares: ☐ Relação com o canal mandibular ☐ Relação com o seio maxilar

ORTODONTIA / ODONTOPEDIATRIA

- ☐ Avaliação de tábuas ósseas
- ☐ Avaliação da intercuspidação dentária
- ☐ Medição dos diâmetros mesio-distais de caninos e pré-molares

Marcar regiões específicas no esquema abaixo



Formato de entrega do exame:

- ☐ Filme
- ☐ Papel fotográfico
- ☐ CD Implant viewer

Carimbo e assinatura