

Tomografia Computadorizada (Cone Beam)



☐ Maxila Total

☐ Mandíbula Total

☐ Maxila 1 a 2 Elementos
(mesmo quadrante)

☒ Mandíbula 1 a 2 Elementos
(mesmo quadrante)

☐ Seios Maxilares

☐ ATM

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 do Exame:

- Localização dos 3º molares inferiores

direito e esquerdo intra-ósseos

- Avaliação da espessura e altura de tecido ósseo ao longo das regiões vestibular e lingual das raízes dos incisivos e caninos inferiores

Formato

Impressão ☐ Filme
☐ Papel Fotográfico
☐ CD
☐ DICOM
☐ Dental Slice
☐ Implant Viewer
☐ On Demand Viewer

☐ Impressão 3D do segmento tomografado
☐ Video interativo da tomografia
☐ Prototipagem



Av. Brigadeiro Faria Lima, 1912 - Cj. 8C - Jardim Paulistano - SP

(11) 3034-0330 / (11) 3034-0209 (11) 3034-0121 (11) 94827-7815

www.ostenradiologia.com.br

atendimento@ostenradiologia.com.br

Paciente: **Natália Zuanetti Gonçalves**

11 5532-1270

Dr(a): **Lylian Kazumi Kanashiro**

Tel: **11. 99931-7731**

E-mail Dr(a): **lkk@usp.br**

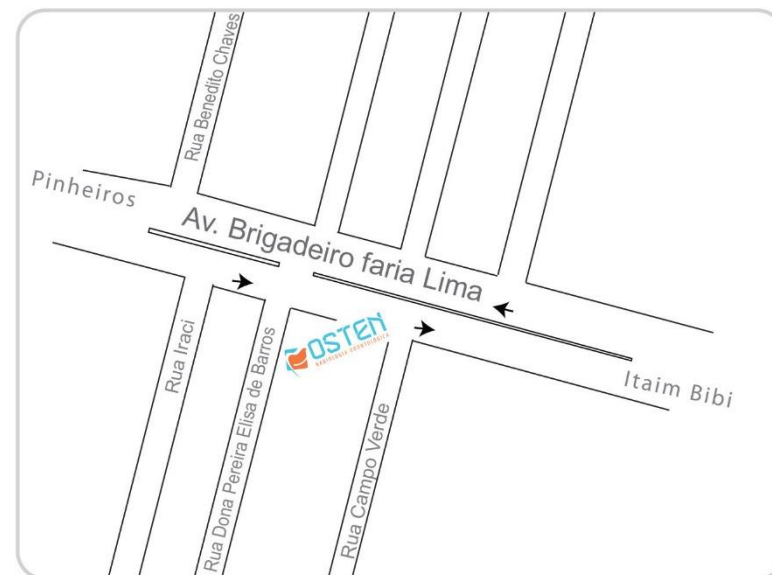
Horário de atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 18h - sábados das 8h às 12h

Necessita de agendamento





1º- Agendamentos podem ser feitos nos telefones acima ou via Whatsapp.

2º- Procedimento que inclui moldagem, orientamos jejum de 2h.

3º- Valores dos exames serão confirmados na recepção, mediante apresentação do pedido.



Documentações

- ☐ DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL.
Radiografia Panorâmica; Periapicais Arcos Completos; Modelo de Estudo; Fotos Intra (3) e Extra (3) Bucais; Fotos Oclusais (2) e CD.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA .
Radiografia Panorâmica; Telerradiografia; (1) Traçado Cefalométrico; Modelo de Estudo; Fotos Intra (3) e Extrabucais (3) e CD.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA.
Radiografia Panorâmica; Telerradiografia; (2) Traçados Cefalométricos; Modelo de Estudo; Fotos Intra (3) e Extra (3) Bucais; Fotos (2) Oclusais e CD.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO INVISALIGN BÁSICO.  
Fotos Intra (3) e Extra (3) Bucais; Fotos (2) Oclusais; Escaneamento Intra Oral e CD.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO INVISALIGN COMPLETA.  
Radiografia Panorâmica; Telerradiografia; (2) Traçados Cefalométricos; Modelo de Estudo; Fotos Intra (3) e Extra (3) Bucais; Fotos (2) Oclusais; Escaneamento Intra-Oral e CD.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA RSE.
Radiografia Panorâmica em Oclusão; (2) Telerradiografias; (2) Traçados Cefalométricos; Modelo Gnatostático; Fotos Corporais (4); Fotos Intrabucais (5) e CD.
- ☐ DOCUMENTAÇÃO PERSONALIZADA : _____

OBSERVAÇÕES : _____

Análises Cefalométricas

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padrão USP | <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Tweed |
| <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> 3° M |
| <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal | <input type="checkbox"/> Profis | <input type="checkbox"/> Downs |
| <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> Rocabado | <input type="checkbox"/> Valieri |
| <input type="checkbox"/> Petrovik | <input type="checkbox"/> Schwartz | <input type="checkbox"/> Steiner |

Radiografias Extrabucais

- ☐ Panorâmica
☐ Com Laudo ☐ Sem Laudo
- ☐ ATM (Oclusão e Maxima abertura)
- ☐ Mão e Punho
- ☐ Telerradiografia
☐ Frontal ☐ Lateral (Indicar Análise Cefalométrica) _____
- _____

Radiografias Intrabucais

- ☐ Periapicais Arcos Completos
☐ Com Laudo ☐ Sem Laudo
- | | | | | | | |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 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 |
- ☐ Periapicais de 1 a 4 Elementos
- ☐ Interproximais (Bite-wing):
- | | | | | | | |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 48 47 46 | 45 44 | 43 42 | 41 31 | 32 33 | 34 35 | 36 37 38 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
- ☐ Molares
☐ Pré-molares

Demais Exames

- ☐ Modelo de Estudo
- ☐ Modelo de Trabalho
- ☐ Modelo Gnatostático Scarlati
- ☐ Escaneamento Intra Oral

Fotos:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frente | <input type="checkbox"/> Intrabucais (3 fotos) | <input type="checkbox"/> Overbite |
| <input type="checkbox"/> Perfil | <input type="checkbox"/> Oclusais (2 fotos) | <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorrindo | <input type="checkbox"/> Overjet | _____ |