



Paciente

Nasc.

Data

Dentista

CRO

E-mail

Cel.

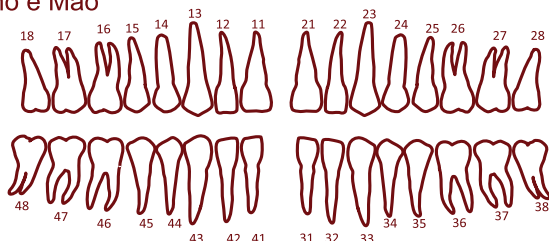
Endereço

CARIMBO LEGÍVEL / ASSINATURA

RAIOS X

EXTRA-ORAL

- ☐ ATM (aberto e fechado)
☐ Panorâmica
☐ Teleradiografia de perfil
☐ Teleradiografia de perfil com traçado (Assinale abaixo)
☐ Teleradiografia frontal
☐ Punho e Mão



INTRA-ORAL

- ☐ Periapical Completo
☐ Periapical Completo com Bite-Wings
☐ Periapical Isolado _____
☐ Com técnica de Clark: _____
☐ Interproximais (Bite-wings)
☐ Oclusal Superior
☐ Oclusal Inferior

Formas de envio:

- ☐ Digital (Central de exames / APP)
☐ Impresso
☐ Com laudo

TRAÇADOS

- ☐ USP
☐ Profis
☐ Bimler
☐ Unicamp

- ☐ Steiner
☐ UNESP
☐ Schwarz
☐ Downs

- ☐ Ricketts Lateral
☐ Ricketts Frontal
☐ McNamara
☐ Tweed

- ☐ Jarabak
☐ Análise de Adenóides
☐ USP/Unicamp
☐ Outros: _____

FOTOS

Extra Orais

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

Intra Orais

- ☐ Oclusão Anterior
☐ Oclusão Direita
☐ Oclusão Esquerda
☐ Vista Oclusal Superior
☐ Vista Oclusal Inferior
☐ Overjet ☐ Overbite

ESCANEAMENTO
INTRA-ORAL

- ☐ Somente envio do arquivo STL
☐ Arquivo STL + modelo impresso

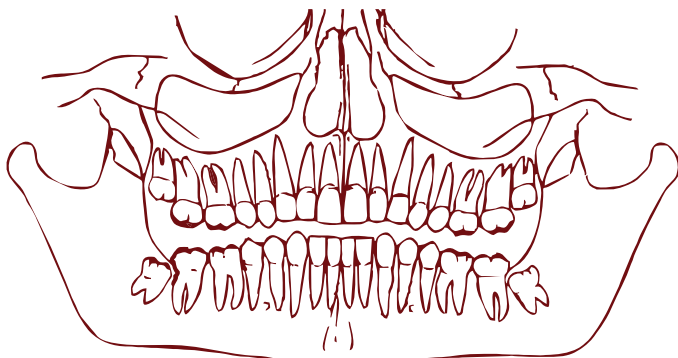
Para Alinhadores Ortodônticos

- ☐ InvisAlign ☐ ClearCorrect ☐ SmartAlign ☐ OrthoAlign
☐ Outros _____

Aceitamos convênios (diversos)

- * Convênio necessita de solicitação de exame em receituário próprio de dentista, **com carimbo, data e assinatura legíveis.**
* Os preços fornecidos por telefone, serão confirmados na recepção mediante a requisição.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM - Morita



Assinale aqui a região

FORMAS DE ENVIO

☐ SOMENTE VOLUME ☐ VOLUME + TEMPLATES

Visualização de volume (CD / e-mail)

- ☐ DICOM
☐ DENTAL SLICE
☐ OVV (viewer MORITA)

Templates

- ☐ PAPEL FOTOGRÁFICO + PDF (DIGITAL)
☐ PDF (DIGITAL)

ENDODONTIA

FOV 4X4 - ALTA RESOLUÇÃO

- ☐ Pesquisa de fraturas
 Região: _____
- ☐ Estudo de Anatomia radicular
 Região: _____
- ☐ Estudo de lesões periapicais
 Região: _____
- ☐ Outros
 Região: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

DOR: ☐ Sim ☐ Não

FISTULA: ☐ Sim ☐ Não

EDEMA: ☐ Sim ☐ Não

TEMPO DE TTO ENDODÔNTICO (caso haja)

OUTRAS INFORMAÇÕES (HISTÓRICO)

IMPLANTE

- ☐ Maxila
☐ Mandíbula
☐ Região (Assinalar no desenho)

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Possui enxerto ☐ Sim ☐ Não

Exodontia recente ☐ Sim ☐ Não

Com Guia ☐ Sem Guia ☐

OUTRAS INFORMAÇÕES

PERIODONTIA

- ☐ Maxila ☐ Análise Periodontal
☐ Mandíbula ☐ Envolvimento de Furca
☐ Região (Assinalar no desenho) ☐ Outros _____

OUTROS

- ☐ ATM
☐ SEIOS DA FACE
☐ EXODONTIA DE 3º MOLAR (Assinalar no desenho)
☐ LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO (Assinalar no desenho)
☐ AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DE LESÕES / PATOLOGIA (Assinalar no desenho)
☐ OUTROS (Descreva) _____

Dicas

* Quanto menor o FOV maior é a resolução

* A Análise tomográfica (tridimensional), deve ser realizada nos cortes multiplanares (volume)

* Dê preferência a softwares nativos, visando uma melhor qualidade.

* Cortes transversais só servem para planejamento de implantes.

PACOTES DE PLANEJAMENTO DIGITAL

- ☐ MAXILA
☐ MANDÍBULA
☐ ASSINALAR NO DESENHO

- ☐ IMPLANTE (CIR. GUIADA)
☐ ESCANEAMENTO
☐ TOMOGRAFIA

- ☐ SORRISO
☐ ESCANEAMENTO
☐ FOTOS

- ☐ CIR. PERIODONTAL
☐ ESCANEAMENTO
☐ FOTOS
☐ TOMOGRAFIA

- ☐ ENDO GUIDE
☐ ESCANEAMENTO
☐ TOMOGRAFIA