



RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA TOMOGRÁFIA CONE BEAM 3D ESCANEAMENTO INTRAORAL

Av. Tiradentes, 491, Centro | São João del-Rei | CEP 36307-346
(32) 3372-3600 | (32) 99923-6452 | crossjdr@hotmail.com

Paciente: _____ Tel: _____ Data: ____ / ____ / ____

Dr(a): _____ Tel: _____

POR FAVOR AGENDAR SEU HORÁRIO PELO TELEFONE OU WHATSAPP.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Segunda-feira a quinta-feira das 8h às 18h / Sexta-feira das 8h às 17h.

ORÇAMENTO: Fornecido pelo telefone sujeito a confirmação na recepção.

GRÁVIDAS: Necessário atestado médico.

CONVÊNIOS: A solicitação deverá ser feita em papel timbrado do dentista solicitante com carimbo **CRO**, atado assinado e nome completo do paciente.

ESCANEAMENTO INTRAORAL

- Arquivo STL Para Invisalign

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- COMPLETA:** Panorâmica, Telerradiografia de perfil, Traçado cefalométrico, 8 fotos, Modelo ortodôntico digital e impresso, pastas e fichas clínicas.

- Com arquivo STL Modelo de filamento
 Modelo de trabalho (Gesso) Modelo de resina

- SIMPLIFICADA:** Panorâmica, Telerradiografia de perfil, 1 Traçado cefalométrico, 4 fotos, Modelo ortodôntico digital e impresso, pastas e fichas clínicas.

- Com arquivo STL Modelo de filamento
 Modelo de trabalho (Gesso) Modelo de resina

- DIAMANTE:** Panorâmica, Telerradiografia de perfil, Traçado cefalométrico, 12 fotos, Periapicais de todos os dentes, Modelo ortodôntico digital e impresso, pastas e fichas clínicas.

- Com arquivo STL Modelo de filamento
 Modelo de trabalho (Gesso) Modelo de resina

- DIGITAL:** Envio somente On-line.

- Completa Com STL
 Diamante Sem modelo digital
 Simplificada

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- Filamento Gesso { Trabalho
 Resina Placa

FOTOGRAFIAS

EXTRAORAIS:

- Frontal
 Perfil 45° D E
 Perfil D E
 Sorriso

INTRAORAIS

- Frontal Oclusal superior
 Direito Oclusal inferior
 Esquerdo
 Overjet

RADIOGRAFIAS EXTRAORAIS

TELERRADIOGRAFIA:

- Com traçado** **Sem traçado**
 Jarabak USP
 Ipens USP/UNICAMP
 McNamara Ricketts
 Tweed Steiner
 Profis Outros: _____

PANORÂMICA:

- Semiaberta Em oclusão
 Para implantes
 Com traçado na região de _____

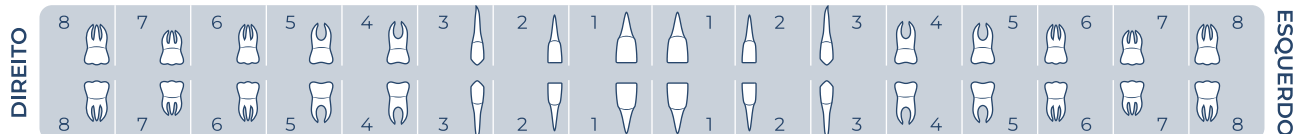
- RADIOGRAFIA CARPAL** **RADIOGRAFIA P.A.** (Frontal)

- RADIOGRAFIA DE WATERS** (Seios da Face)

RADIOGRAFIA ATM

- 1 Posição Aberta Fechada Semiaberta
 2 Posições (Aberta e Fechada)
 3 Posições (Aberta, Fechada e Semiaberta)

Assinale abaixo o número e a respectiva região para o planejamento de implantes:



T.C. Maxila

- Até 2 dentes
- Até 4 dentes
- Até 6 dentes
- Total
- Avaliação de enxerto ósseo
- Avaliação de área doadora

T.C. Mandíbula

- Até 2 dentes
- Até 4 dentes
- Até 6 dentes
- Total
- Avaliação de enxerto ósseo
- Avaliação de área doadora

T.C. ATM Bilateral

- Boca aberta
- Boca fechada
- Boca semiaberta

T.C. Seios da Face

- Para avaliação de seios da face

Dicom

- Enviar em dicom

T.C. Dental Slice

- Maxila
- Mandíbula

Outras indicações: _____

Justificativa do Exame: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

PERIAPICAIS

DIREITO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] </div>														ESQUERDO
	55 54 53 52 51							61 62 63 64 65							
	18 17 16 15 14 13 12 11							21 22 23 24 25 26 27 28							
	48 47 46 45 44 43 42 41							31 32 33 34 35 36 37 38							
85 84 83 82 81							71 72 73 74 75								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] </div>															

- Dentes Presentes
- Arco Dentário (14)

INTERPROXIMAIS BITE WING

Molares D E Pré-Molares D E

OCLUSAIS

Maxila Mandíbula

MÉTODO DE LOCALIZAÇÃO

TÉCNICA DE CLARK DO DENTE: _____
RAZÃO DO EXAME: _____

- ENVIO SOMENTE ON-LINE
- MANDAR BLOCO DE PEDIDO