

REQUISIÇÃO DE EXAMES — PREENCHA TODOS OS CAMPOS APLICÁVEIS

NOME DO PACIENTE

Nome completo

DATA DA SOLICITAÇÃO

____ / ____ / ____

NOME DO(A) DR(A). — CRO:

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO:

TELEFONE:

E-MAIL PARA ENVIO:

- Convênio odontológico: levar receituário assinado e carimbado.
- Obrigatório o documento pessoal.
- Radiografia panorâmica e tomografia não requerem agendamento prévio.
- Orçamento mediante o envio da guia.
- Todas as informações devem estar preenchidas.
- Remover acessórios antes do exame.
- Em caso de urgência, entrar em contato.
- Exame por ordem de chegada, acima de 5 anos.

FORMATO / ENTREGA

☐ C/LAUDO ☐ S/LAUDO ☐ DIGITAL ☐ IMPRESSA ☐ ENTREGAR AO PACIENTE ☐ VEM RETIRAR

EXAMES RADIOGRÁFICOS EXTRABUCAIS

- ☐ Panorâmica
- ☐ Telerradiografia Lateral
- ☐ Telerradiografia Frontal
- ☐ Outros Exames: _____
- ☐ Mão e punho: () Curva de Crescimento () Idade Óssea
- ☐ Traçado Anatômico

EXAMES RADIOGRÁFICOS INTRABUCAIS

- ☐ Estudo Parcial (odontograma)
- ☐ Levantamento Periapical + Interproximal Completo

Marque os dentes de interesse no odontograma abaixo:

ODONTOGRAMA — INTRABUCAL

Marque (O) abaixo do número do dente selecionado

Sup	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inf	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DECÍDUOS																
Sup	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Inf	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						

Marque com ☐ abaixo de cada número de dente selecionado

INTERPROXIMAIS

- ☐ Molares Direitos
- ☐ Molares Esquerdos
- ☐ Pré-molares Direitos
- ☐ Pré-molares Esquerdos

OCUSAIS

- ☐ Maxila
- ☐ Mandíbula

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

[AGENDAMENTO PRÉVIO]

☐

Documentação 1 — Padrão

Panorâmica · Telerradiografia + Análise Cefalométrica · 6 Fotos Digitais · Modelo Ortodôntico

☐

Documentação 2 — Econômica

Panorâmica · Tele + Cefalométrica · 8 Fotos · Modelo Ortodôntico · Periapicais Incisivos

☐

Documentação 3 — Completa

Panorâmica · Tele + Cefalométrica · 8 Fotos · Modelo · Periapicais Incisivos · Carpal

☐

Documentação Alinhadores

Panorâmica · 8 Fotos Digitais · Escaneamento Intraoral

☐ Doc. padrão — Dr(a). _____

☐ Análise Cefalométrica de:

- ☐ USP

☐ Ricketts

☐ McNamara
- ☐ Homem Neto

☐ Adenoide

☐ Bimler
- ☐ Steiner Tweed

☐ Trevisi

☐ Jarabak
- ☐ Petrovic

☐ Outros: _____

OPCIONAIS

- ☐ Análise de adenoide

☐ Mão e punho: () Curva de Crescimento () Idade Óssea
- ☐ Telerradiografia Frontal

☐ Traçado Anatômico
- ☐ Periapicais Incisivos Centrais

MODELOS / ESCANEAMENTO INTRAORAL

- ☐ Escaneamento Intraoral (STL)

☐ Invisalign
- ☐ Modelo 3D

☐ Outros alinhadores: _____

NOME DO(A) DR(A.) — ALIGN

E-MAIL ALIGN

IDS

FOTOS

Fotos Extrabucais

- ☐ Frontal

☐ Perfil

☐ Frontal Sorrindo

☐ Overjet

☐ Sorriso Aproximado

Fotos Intrabucais

- ☐ Frontal em Oclusão

☐ Lateral Direita

☐ Lateral Esquerda

☐ Oclusal Superior

☐ Oclusal Inferior

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA

IMPORTANTE PREENCHER

Hipótese diagnóstica:

1 REGIÃO DE INTERESSE

ODONTOGRAMA — TOMOGRAFIA

Marque (O) abaixo do número do dente selecionado

Sup	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	O	O	O	O	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
Inf	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
	O	O	O	O	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O

DECÍDUOS

Sup	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65
	O	O	O	O	O		O	O	O	O	O
Inf	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75
	O	O	O	O	O		O	O	O	O	O

Marque com O abaixo de cada número de dente selecionado

- ☐ Mandíbula estendida
- ☐ Maxila estendida
- ☐ ATM (boca aberta e fechada)
- ☐ Seios Maxilares/Paranasais
- ☐ Facial
- ☐ Região (visualização de até 3 elementos por região marcada no odontograma)

2 FINALIDADE DO EXAME

- ☐ Tomografia em Desocclusão☐ Implante com Medida☐ Avaliação Endodôntica (lesão / fratura / anatomia)☐ Anquilose
- ☐ Pesquisa de Fratura do Complexo Maxilomandibular☐ Avaliação Periodontal / Gengivoplastia☐ Avaliação das Tábuas Ósseas☐ Avaliação de Enxertos

3 SOFTWARE DE MANIPULAÇÃO

- ☐ Romexis Viewer☐ DICOM☐ PDF e laudo
- ☐ DentalSlice☐ OnDemand Viewer

4 FORMATO DE RECEBIMENTO

- ☐ 100% Digital (I-Doc)☐ Impressão em Papel Fotográfico
- ☐ Tomo URGÊNCIA / Express (resultado no mesmo dia / até 24h)

*acréscimo no valor

PROTOTIPAGEM — BIOMODELO IMPRESSO

- ☐ Maxila☐ Maxila Estendida☐ Mandíbula
- ☐ Mandíbula Estendida☐ Face

Toledo: R. Nossa Sra. do Rocio, 1678 — Centro, Toledo - PR, 85900-180 · (45) 99972-0048
Cascavel: R. Rio de Janeiro, 1536 — Centro, Cascavel - PR · (45) 99991-7270
Umuarama: Av. Brasil, 4253 — Centro, Umuarama - PR · (44) 99102-3147