



RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA

Resp. Téc. Simone Torres Daiha
CRO RJ 15306 EPAO 1280

Requisição de Exame Radiográfico • Documentação Odontológica • Tomografia

Paciente: _____ Telefone: _____

Email: _____

Dr(a): _____ Telefone: _____

Email: _____ CRO: _____

RADIOGRAFIAS

- PERIAPICAL DE DENTES ISOLADOS (ASSINALAR)
- PERIAPICAL COMPLETO COM INTERPROXIMAIS
- PERIAPICAL COMPLETO
- INTERPROXIMAIS DIREITA ESQUERDA
- TÉCNICA DE CLARK. DENTE:
- PANORÂMICA
- PANORÂMICA COM COMPLEMENTAÇÃO
- PANORÂMICA PARA IMPLANTE COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO
- CEFALOMÉTRICA DE PERFIL
- CEFALOMÉTRICA DE FRENTE (PA) TRAÇADO RICKETTS FRONTAL
- PUNHO E MÃO - FINALIDADE ORTODÔNTICA CURVA DE CRESCIMENTO
- OCLUSAL SUPERIOR INFERIOR OBLÍQUA ORTOGONAL
- ATM - SERIOGRAFIA
- OUTROS - ESPECIFICAR:

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

TRAÇADOS

- STEINER
- TWEED
- PADRÃO USP/UNICAMP SIMPLIFICADO
- USP
- UNICAMP
- RICKETTS
- JARABACK
- PROFIS
- DOWNS
- ANÁLISE DE ADENÓIDES
- BIMLER
- _____

DOCUMENTAÇÃO

- FOTO FRENTE
- FOTO FRENTE SORRINDO
- FOTO PERFIL DIREITO
- FOTO PERFIL ESQUERDO
- FOTO OCLUSÃO ANTERIOR
- FOTO OCLUSÃO LATERAL DIREITA
- FOTO OCLUSÃO LATERAL ESQUERDO
- FOTO OCLUSAL SUPERIOR
- FOTO OCLUSAL INFERIOR
- MODELOS EM GESSO ZOCALADOS
- MODELO DE TRABALHO
- ANÁLISE DE DISCREPÂNCIA
- ESCANEAMENTO INTRAORAL
- DOCUMENTAÇÃO EM PASTA
- DOCUMENTAÇÃO DIGITAL (VIA IDOC)
- OUTROS.....

Para fotos: usar roupa escura que não cubra a região do pescoço; evitar maquiagem; retirar brincos, colares e adornos na cabeça.
Para modelos: escovar os dentes; evitar a ingestão de líquidos e alimentos até 2 horas antes do exame.

TOMOGRAFIA CONE BEAM

- EXAME IMPRESSO
- CD VIEWER
- CD DICOM
- CD DENTAL SLICE
- COM GUIA TOMOGRÁFICO
- MAXILA TOTAL
- MANDÍBULA TOTAL
- FACE TOTAL (ORTODONTIA)
- REGIÃO ASSINALADA (MARCAR NA GRADE ACIMA)
- ATM DIREITA ESQUERDA

FINALIDADE DO EXAME: _____

FORMATO DE ENTREGA DO EXAME: IDOC IMPRESSOS

OS VALORES FORNECIDOS POR TELEFONE DEVERÃO SER CONFIRMADOS NA RECEPÇÃO.

Rio de Janeiro, ____/____/____ Carimbo e assinatura do(a) Dr(a) _____

Av. Nilo Peçanha 50 Gr. 1307 /1308 - (21) 2524-7257 / 2524-7163 / 2544-2375
Edifício Rodolpho De Paoli (esquina com Av. Rio Branco - em frente a estação Carioca do metrô)

✉ cmvsrx@gmail.com 📷 cmvsradiologia 📞 98849-9184