



Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: _____

Fone: _____

Indicação Dr(a): _____

Solicito Bloco de Requisições

*Atendimento com hora marcada



▪ RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS Digital Impresso

Periapicais

Periapicais Decíduos

D	87654321	12345678	E
87654321		12345678	

D	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	E
V		IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	

Exame Periapical Completo (14 incidências)

Interproximal (bite wing) Pré-molares Direito Esquerdo
 Molares Direito Esquerdo

Oclusal Maxila Total Anterior Laterizada Direita Laterizada Esquerda
 Mandíbula Total Anterior Laterizada Direita Laterizada Esquerda

Dissociação Horizontal (técnica de Clark) região: _____

▪ RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS Digital Impresso

Panorâmica em topo em oclusão

Panorâmica para Implantes (P11 - 25% de ampliação) com traçado região: _____

Telerradiografia Lateral Frontal - Análise Ricketts Frontal

Radiografia de Mão e Punho (Carpal) Índice Carpal e curva de crescimento

Lateral de Mandíbula Corpo Ramo Direito Esquerdo

Articulação Temporomandibular (ATM) - Visão em oclusão e abertura máxima D e E

P.A Seios Maxilares P.A Seio Frontal Outras Incidências: _____

▪ TOMOGRAFIA CONE BEAM Digital Papel Fotográfico Filme Radiográfico

Dados clínicos relevantes: _____

Tomografia Computadorizada Localizada (indique as regiões para serem realizados os cortes)

D	87654321	12345678	E
87654321		12345678	

D	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	E
V		IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	

Hemi arcada superior direita

Hemi arcada inferior direita

Maxila completa

Mandíbula completa

Maxila e mandíbula completas

▪ IMPLANTODONTIA (indicar região de interesse acima)

Planejamento de implantes dentários com medidas de altura e espessura óssea

Avaliação de enxerto sem medidas de altura e espessura óssea

Avaliação pós operatória de implantes dentários

Outras indicações: _____

▪ CIRURGIA (indicar região de interesse acima)

Dente retido e/ou suprumerário Pesquisa de fratura óssea Patologia

Outras indicações: _____

▪ ENDODONTIA (indicar região de interesse acima)

Pesquisa de perfuração radicular Pesquisa de fratura dentária e/ou radicular

Outras indicações: _____

▪ ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

Indicações: _____

Oclusão Oclusão e máxima abertura

Lado direito

Lado esquerdo

■ DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

Digital

Impresso

Documentação Personalizada - Dr(a): _____

■ Documentação Ortodôntica Simplificada

1 panorâmica, 1 telerradiografia lateral, 3 fotos extrabucais, 5 fotos intrabucais, modelos de estudo e traçado cefalamétrico (indicar análises abaixo).

■ Documentação Ortodôntica Básica

1 panorâmica, 1 telerradiografia lateral, 3 periapicais de anteriores, 3 fotos extrabucais, 5 fotos intrabucais, modelos de estudo e traçado cefalamétrico (indicar análises abaixo).

■ Documentação Ortodôntica Completa

1 panorâmica, 1 telerradiografia lateral, 3 periapicais de anteriores, radiografia interproximais, 3 fotos extrabucais, 5 fotos intrabucais, modelos de estudo e traçado cefalamétrico (indicar análises abaixo).

Opcional:

Radiografia Carpal Discrepância de modelos Análise Facial (fotos frente e perfil) Padrão Board

■ Documentação para Cirurgia Ortognática

1 panorâmica, 1 telerradiografia lateral, 1 telerradiografia frontal, 3 periapicais de anteriores, radiografia oclusal superior e inferior, 4 fotos extrabucais, 5 fotos intrabucais, modelos de estudo, modelos de trabalho e traçado cefalamétrico das teles (indicar análises abaixo).

■ ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

Usp Petrovic Unicamp Bimler Downs Steiner Profis Ricketts Lateral

Mc Namara Wylie Adenóides Roth-Jarabak Tweed _____

■ EXAMES COMPLEMENTARES

Digital

Impresso

Modelos Estudo Trabalho

Fotos Extrabucais

Frente Frente Sorrindo Perfil Outras: _____

Fotos Intrabucais

Frontal Lateral direita Lateral esquerda Oclusal superior Oclusal inferior

Outras: _____

■ ESCANEAMENTO INTRA-ORAL (SEM MOLDAGEM PARA ALINHADORES)

Invisalign Clear Correct Clear Aligner

Easysolutions Compass 3D Click Aligner Outros: _____

Caso seja necessária a realização da documentação ortodôntica mais o encaminhamento dos arquivos digitais para os alinhadores ortodônticos o dentista deve marcar nos campos de "DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS" e "ESCANEAMENTO INTRA-ORAL".

Outras Indicações de escaneamento intra-oral: _____

■ DOCUMENTAÇÃO DSD (DIGITAL SMILE DESIGN)

Panorâmica, 03 periapicais de anteriores, 06 fotos padrão DSD, escaneamento intra-oral, modelo impresso.

■ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAIS ESCANEAMENTO PARA CIRURGIA GUIADA

Para Implante Regiões: _____ Tipo de implante: _____

Para Endodontia Dente: _____

Para Periodontia Regiões: _____

■ PROTOTIPAGEM

Maxila Mandíbula Outras regiões: _____



R. Félix da Cunha, 543
Bairro Floresta - Porto Alegre - RS
CEP 90570-001

Tels:
(51) 3519.0975 ou 3519.0973

Cel:

(51) 99272.6210



* ESTACIONAMENTO EM FRENTE À CLÍNICA