

Campos dos Goytacazes / RJ - Rua Voluntários da Pátria, 500. Ed. Platinum, sala 106 - CEP: 28030260  
Tel.: (22) 2725-7597 | 2733-1871 | 9 9841-1973 - clinicaxdent.com.br

Paciente:		Tel.:
Nasc.:	Número do Exame:	Data:
Dr(a):		Tel.:

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CONE BEAM

<input type="checkbox"/> ATM Boca Aberta	<input type="checkbox"/> Maxila	<b>ENTREGA:</b>	<input type="checkbox"/> Simplificada / Imediata = CD (Dicom, Software Carestream)
<input type="checkbox"/> ATM Boca Fechada	<input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Completa = Impressos + CD (Dicom, Software Carestream, Templates, Laudo)
<input type="checkbox"/> Região abaixo			

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

### MOTIVO / PESQUISA

<input type="checkbox"/> Dente Inclusivo/Impactado	<input type="checkbox"/> Lesão Periapical	<input type="checkbox"/> Avaliação Endo-perio
<input type="checkbox"/> Dente Supra-numerário	<input type="checkbox"/> Área Patológica	<input type="checkbox"/> Envolvimento de furca
<input type="checkbox"/> Disjunção palatina	<input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/> Avaliação de tábuas ósseas
<input type="checkbox"/> Fratura Óssea	<input type="checkbox"/> Reabsorção Radicular	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Fratur. / Perfur. Radicular	<input type="checkbox"/> Reabsorção Periodontal	

### FOTOGRAFIAS

<b>EXTRABUCAIS:</b>	<input type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/> Perfil direito	<input type="checkbox"/> Sorriso	<input type="checkbox"/> Perfil esquerdo
<b>INTRABUCAIS:</b>	<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Lateral direita	<input type="checkbox"/> Lateral esquerda	
<b>OCUSAIS:</b>	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior		

### EXAMES RADIOGRÁFICOS EXTRABUCAIS

<input type="checkbox"/> <b>PANORÂMICA:</b>	<input type="checkbox"/> <b>TELERRADIOGRAFIA:</b>
<input type="checkbox"/> Semi-aberta	<input type="checkbox"/> Simples
<input type="checkbox"/> Em oclusão	<input type="checkbox"/> Com análise computadorizada
<input type="checkbox"/> com traçado computadorizado para implante	(escolher dente as análises listadas no verso dessa requisição)
<input type="checkbox"/> <b>ATM (EM 2 POSIÇÕES)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ÍNDICE CARPAL - IDADE ÓSSEA</b>	

### MODELOS

De estudo (zoocalado)  
De trabalho  
Análise:

<input type="checkbox"/> De Bolton
<input type="checkbox"/> Permanente
<input type="checkbox"/> Mista

FAVOR ENVIAR REQUISIÇÕES

## EXAMES RADIOGRÁFICOS INTRABUCAIS

<input type="checkbox"/> INTERPROXIMAIS:	<input type="checkbox"/> OCLUSAIS TOTAIS:	<input type="checkbox"/> TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO:
<input type="checkbox"/> PM direitos	<input type="checkbox"/> Maxila	<input type="checkbox"/> Clark
<input type="checkbox"/> PM esquerdos	<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Miller-Winter
<input type="checkbox"/> Molares direitos		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<input type="checkbox"/> Molares esquerdos		

PERIAPICAL:  Completa  Dentes assinalados (abaixo)

### DENTIÇÃO PERMANENTE:

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

### DENTIÇÃO DECIDUA:

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

## DOCUMENTAÇÕES

**Ortodôntica Econômica:** panorâmica; cefalométrica (com até 2 análises); 3 fotografias (extrabuciais: frente e perfil direito; intrabucal: frontal); modelo zoocalado; pasta simples.

**Ortodôntica Completa:** panorâmica; cefalométrica (com até 3 análises); 7 fotografias (extrabuciais: frente, sorriso, perfis direito e esquerdo; intra- bucais: frontal, laterais direita e esquerda); modelo zoocalado; sobreposição em papel fotográfico; análise facial lateral; pasta PVC.

**Ortodôntica Personalizada / Parceria com clínica ou dentista:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Campos dos Goytacazes / RJ - Rua Voluntários da Pátria  
Nº 500, Ed. Platinum, sala 106 - CEP: 28030260  
Tel.: (22) 2725-7597 | 2733-1871 | ☎9 9841-1973  
clinicaxdent.com.br

**De 2ª a 6ª - 08h às 18h.**

Estacionamento rotativo no subsolo do edifício,  
entrada pela rua de trás.

 **ACEITAMOS CARTÕES.**

Os valores serão confirmados pessoalmente

## ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

<input type="checkbox"/> Adenóides	<input type="checkbox"/> Ricketts	Lateral <input type="checkbox"/> Frontal
<input type="checkbox"/> Bimler	<input type="checkbox"/> Steiner	
<input type="checkbox"/> Bjork-Jarabak	<input type="checkbox"/> Tweed	
<input type="checkbox"/> Downs	<input type="checkbox"/> Unicamp	
<input type="checkbox"/> Erupção de 3M	<input type="checkbox"/> USP	
<input type="checkbox"/> McNamara	<input type="checkbox"/> _____	

## OUTROS

Análise facial lateral

Análise facial frontal

CD

## OBS: