

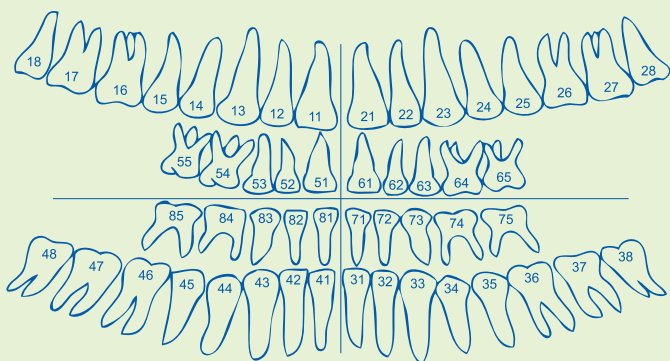


INFORMAÇÕES

Paciente: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____ Fone: _____
 Dr(a).: _____ Data: ____ / ____ / ____ Fone: _____
 Especialidade: _____ Endereço Profissional: _____
 e-mail: _____ ☐ Enviar requisição

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

- ☐ Periapical Completa (boca toda)
☐ Periapical das áreas assinaladas:



- ☐ Interproximal - ☐ D ☐ E
☐ Oclusal - ☐ Maxila ☐ Mandíbula

ESCANEAMENTO INTRA ORAL

- ☐ Modelo Impresso
☐ Modelo Digital
☐ Alinhador Ortodôntico ☐ Invisalign

FOTOGRAFIAS

Fotos Face

- ☐ Frontal
☐ Perfil
☐ Sorrindo

Fotos Intrabucais

- ☐ Frontal
☐ Laterais direita e esquerda
☐ Oclusais superior e inferior

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

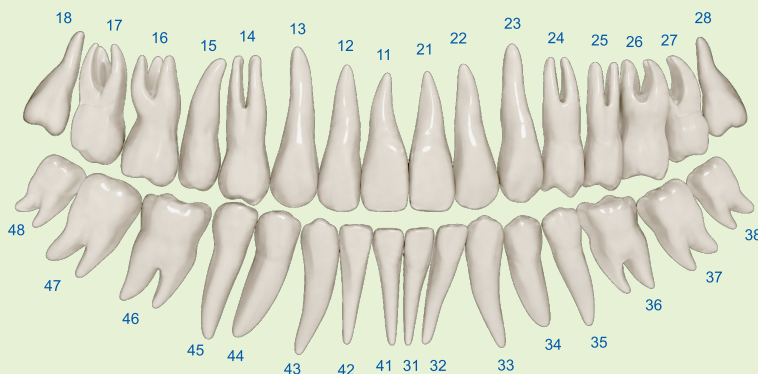
- 1 ☐ Panorâmica, Telerradiografia lateral, Fotos,
 Escaneamento Intraoral
 Obs: Assinale Fotos e Análise Cefalométrica (Verso)
- 2 ☐ TC de Face, 8 Fotos, Escaneamento Intraoral
☐ Doc. Impresso ☐ Doc. Acesso Online

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- ☐ Panorâmica 1:1
☐ Panorâmica c/ traçado para implante Região: _____
☐ Carpal com análise (Idade óssea)
☐ Planigrafia A.T.M. ☐ Boca fechada ☐ Boca aberta
☐ Telerradiografia frontal (P.A.)
☐ Telerradiografia lateral ☐ Com análise (no verso) →

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO CS 9600 | MORITA X 800

• DENTES / REGIÕES ASSINALADAS



- ☐ Maxila ☐ ATM Boca Aberta
☐ Mandíbula ☐ ATM Boca Fechada
☐ Maxila Estendida ☐ Face Estendida

• MOTIVO/PESQUISA:

- ☐ Implante ☐ Dente Incluso ☐ Endodontia ☐ Periodontia
☐ Patologia ☐ Fratura Radicular ☐ Cirurgia Guiada
☐ Dor (especificar): _____
☐ Outros: _____

• IMAGENS EM:

- ☐ Filme Impresso ☐ Acesso Online ☐ DICOM

• SOFTWARE:

- ☐ One Volume Viewer (MORITA X800)
☐ Evol DX Viewer ☐ Dental Slice

OBSERVAÇÕES: _____
 (verso)

