



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / RADIOGRAFIAS DIGITAL

RT: JONATHAN BEZERRA CÂMARA / CRO-DF 9065 - EPAO-CRO-DF 1944

Gama-DF - Ed. Central Projeção 09 - 4º andar - Salas 408/412

Fone: (61) 3037-1787 - Email: radiologiabucal@hotmail.com

Ceilândia-DF - CNM 02 - Bloco B - 1 andar - Sala 110 - Ed. Costa Azul

Fone: (61) 3297-3238 - Email: radiologiabucalcei@hotmail.com

Centro de Radiologia Odontológica

Horário de Atendimento Gama-DF: Segunda à Sexta - 8:00 às 13:00 / 14:00 às 18:00 - Sábado - 8:00 às 12:00

Horário de Atendimento Ceilândia - DF : Segunda à Sexta - 8:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00 - Sábado - 8:00 às 12:00

Paciente: _____ Data de nascimento ____/____/____

Indicação Dr: _____ Fone: _____

End. Profissional: _____ Fone: _____

RADIOGRAFIAS INTRA-ORAIS

1 PERIAPICAIS

- PERIAPICAL COMPLETA (INCLUSIVE REGIÃO DESDENTADA)
- TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO (TÉCNICA DE CLARK)
- DENTES PRESENTES
- DENTES ASSINALADOS

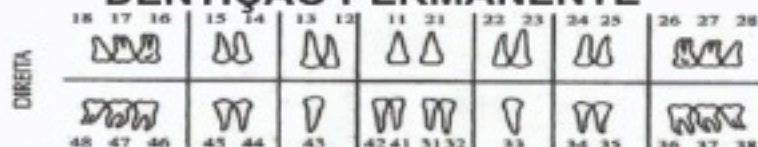
2 BITE-WINGS (INTERPROXIMAL)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| MOLARES | PRÉ-MOLARES |
| <input type="checkbox"/> - D | <input type="checkbox"/> - D |
| <input type="checkbox"/> - E | <input type="checkbox"/> - E |

3 OCLUSAL

- MAXILA
- MANDÍBULA

DENTIÇÃO PERMANENTE



DENTIÇÃO DECÍDUA



RADIOGRAFIAS EXTRA-ORAIS

PANORÂMICA

- SIMPLES
- MAPEADA PARA IMPLANTE
- REGIÃO: _____

TELERRADIOGRAFIA

- SEM TRAÇADO
 - COM TRAÇADO
- (MARCAR AS ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS).

RX DIVERSOS

- ATM
- CARPAL (IDADE ÓSSEA)
- SEIOS DA FACE
- P.A S/ CEFALOMETRIA
- P.A C/ CEFALOMETRIA

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- BÁSICA** - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, MODELO, 06 FOTOS)
- ESPECIAL** - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, MODELO, 06 FOTOS, PERIAPICAL DE INCISIVOS e BITE-WINGS)
- COMPLETA** - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, MODELO, 08 FOTOS, PERIAPICAL DE INCISIVOS e BITE-WINGS)
- SUPER COMPLETA** - (PASTA, PANORÂMICA, TELE C/ ANÁLISE, PERIAPICAL TOTAL, BITE-WINGS, 08 FOTOS, MODELO)
- PARA IMPLANTE** - (PASTA, PANORÂMICA MAPEADA, 08 FOTOS, MODELO, PERIAPICAL DA REGIÃO-MARCAR ODONTOGRAMA)
- DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA PERSONALIZADA** - _____

FOTOGRAFIAS

- FRENTE/PERFIL (2)
- SORRISO (1)
- INTRA-ORAIS (3)
- OCLUSAIS (2)
- PERFIL APROXIMADO
- OVER-JET
- ANÁLISE FACIAL

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> STEINER |
| <input type="checkbox"/> UNICAMP | <input type="checkbox"/> PROFIS |
| <input type="checkbox"/> MC NAMARA | <input type="checkbox"/> BIMLER |
| <input type="checkbox"/> JARABACK | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> RICKETTS | |
| <input type="checkbox"/> TWEED | |

MODELOS

- ESTUDO
- TRABALHO
- COM ANÁLISE
- PLACA DE CLAREAMENTO
- PLACA PARA BRUXISMO

CD PASTA BLOCO DE PEDIDO

Obs.- _____ Assinatura e Carimbo

01 ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE

- Maxila Total
- Mandíbula Total
- Região(ões) Assinada(s) Abaixo:

- A.T.M Aberta
 Fechada



02 FAVOR INDICAR A FINALIDADE DO EXAME

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE ATM |
| <input type="checkbox"/> PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PERIODICA |
| <input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO/CORPO ESTRANHO | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PATOLÓGICA |
| <input type="checkbox"/> PESQUISA DE FRATURA RADICULAR | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA |
| <input type="checkbox"/> OUTROS _____ | |

03 FORMA DE ENVIO DAS IMAGENS

- Impressão em Filme
- Impressão em Papel
- CD

RELAÇÃO DE CONVÊNIO

Amil
Interodonto
Met life
Odonto group
Rede odonto empresas
Sul América
Prodent
Santander
Prevident
Mapfre saúde
W. Dental
Odontoseg / pernambucanas
Care Plus

BUSCAR _____

ENTREGAR _____

Obs.: _____