



CENTRO DE ODONTOLOGIA RADIOLÓGICA

Unidade: Madureira
Estr. do Portela, 99 - Sl 310/311
Shopping Polo 1 - Madureira - RJ
Tels.: (21) 3833-2912 / 3833 - 2613 / 96450-8042
E-mail: radiologiador@yahoo.com.br
radiologiador

Unidade: Recreio
Av. das Américas, 16.150 - Sl 129 - Sub Solo
Recreio Medical Center - RJ
Tels.: (21) 2493-2194 / 2437-1804 / 98904-0476
E-mail: radiologiafocux@yahoo.com.br
radiologiador.recreio

Unidade: Niterói
Rua da Conceição, 188 - Sl 1302 A
Niterói Shopping - Niterói - RJ
Tel.: (21) 2629-1642 / 2717-3905 / 98955-9501
E-mail: radio_oral@yahoo.com.br
radiologiador.niteroi

REQUISIÇÃO DE EXAME

Paciente: _____

Pedido Dr(a): _____

e-mail Dr (a): _____

Endereço Dr(a): _____

Indicação do exame: _____

Sexo: Masculino Feminino
Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Telefone: (____) _____
Nº de Req: _____ / _____

- Periapical de dentes isolados (marcar ao lado)
- Periapical completo com interproximais Pré Molares Molares
- Periapical completo
- Interproximais (Bite-Wings) Direita Esquerda Pré Molares Molares
- Radiografia panorâmica com traçado
- Radiografia panorâmica
- Radiografia panorâmica com complementares (incisivos e interproximais)
- Téc. localização Clark - Região _____
- Oclusal superior Oclusal inferior
- Telerradiografia de perfil (marque no quadro ao lado) Sem traçado Com traçado
- Telerradiografia frontal
- Radiografia de punho e mão - Finalidade ortodôntica
- ATM - Bilateral
- ATM - Seriografia (boca fechada, repouso, aberta)
- Documentação digitalizada

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D								E							
55 54 53 52 51								61 62 63 64 65							
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75							
48 47 46 45 44 43 42 41								31 32 33 34 35 36 37 38							

TRAÇADO CEFALOMÉTRICO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> Marcelo Pedreira |
| <input type="checkbox"/> Downs | <input type="checkbox"/> Tweed |
| <input type="checkbox"/> Unigranrio | <input type="checkbox"/> Schwartz |
| <input type="checkbox"/> USP/UNICAMP | <input type="checkbox"/> Bimler |
| <input type="checkbox"/> Mc Namara | <input type="checkbox"/> Ricketts lateral |
| <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal | <input type="checkbox"/> Análise de adenóides |
| <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

MODELOS EM GESSO

- Análise de modelo em gesso (Discrepância Moyer e Bolton)
- De estudo zoocalado Sem Polimento
- De trabalho não zoocalado Com Polimento

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA

- Frente Perfil direito Frontal Oclusal inferior
- Perfil esquerdo Sorrindo Lateral direito Oclusal superior
- Lateral esquerdo Overjet
- Overbit

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Finalidade do Exame, Histórico e Observações: _____

FORMATO DE ENTREGA DO EXAME Filme Papel fotográfico CD dicon CD c/ OnDemand 3D Dental Dental Slice

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES

- Maxila completa
- Mandíbula completa
- Regiões assinaladas (acima)
- Guia tomográfico
- DIAGNÓSTICO DE ATM
 - Perfil - visão lateral Boca fechada
 - PA - visão frontal Boca aberta
 - Boca fechada e aberta
- Pesquisa de fratura / patologia
- PERIODONTIA
 - Avaliação de perda óssea alveolar (assinalar acima)
 - Envolvimento de furca (assinalar acima)
 - Avaliação de envolvimento endoperiodontal

CIRURGIA

- Dente incluso e/ou supra numerário (assinalar acima)
- Pesquisa de fratura óssea - região _____
- Terceiros molares (assinalar acima)
 - Relação com canal mandibular
 - Relação com seio maxilar

ORTODONTIA/ODONTOPEDIATRIA

- Avaliação de tábuas ósseas vestibulares e linguais
- Avaliação de dentes superiores com o seio maxilar
- Avaliação da intercuspidação dentária-chave de oclusão
- Medição dos diâmetros méso-distais de caninos e prémolares
- Espaço naso-faríngeo e adenóides

ENDODONTIA

- Pesquisa de fratura dentária (assinalar acima)
- Pesquisa de perfuração radicular (assinalar acima)
- Dilaceração radicular (assinalar acima)
- Odontometria (assinalar acima)

OUTRAS INDICAÇÕES

PROTOTIPAGEM

Maxila
 Mandíbula
 Outros: _____

CONVÊNIOS: Odontoprev - Bradesco Dental - Geap - Amil Dental - Dix Dental - Golden Dental - Prontodente MetLife - INPAO - UNNA - Odontoempresa - Interodonto - Sulamérica - Prodente - Unimed Odonto - Outros
CONVÊNIO NECESSITA DE RECEITUÁRIO COM CARIMBO E ASSINATURA DO DENTISTA, COM VALIDADE DE 30 DIAS.

OBS: CASO NÃO NECESSITE DE LAUDO AS RADIOGRAFIAS SERÃO ENTREGUES EM 10 MINUTOS, OS VALORES FORNECIDOS POR TELEFONE DEVERÃO SER CONFIRMADOS NA RECEPÇÃO NO ATO DO EXAME.
OS EXAMES QUE NÃO FOREM RETIRADOS NO PRAZO DE ATÉ 90 DIAS SERÃO AUTOMATICAMENTE DESCARTADOS.

- Enviar formulário de requisição de exames ou baixar no site www.radiologiador.com.br/downloads
- Radiografia com laudo