



RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA DE ALTA PRECISÃO



Divinópolis MG • Av. Antônio Olímpio de Moraes, 584 • Centro
Cep: 35500 005 • (37) 3221 5555 ☎ (37) 9 9978 5000

Nova Serrana MG • Av. Dom Cabral, 190 • Jardim do Lago
Cep: 35522 008 • (37) 3226 1020 ☎ (37) 9 8812 0002

Pouso Alegre MG • Rua João Basílio, 302 • Centro
Cep: 37550-027 (35) 3647-0555 ☎ (35) 99913-4555

SOLICITAÇÕES DE EXAMES

Paciente: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Dr(a): _____ CRO: _____

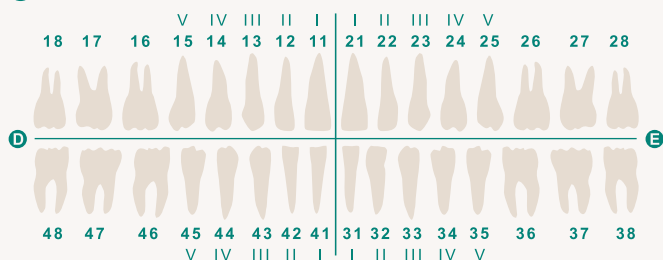
Endereço: _____ Data da Solicitação: ____/____/____

Telefone: _____ E-mail: (idoc) _____

Preencha seu e-mail com letra legível para receber o exame corretamente

ENTREGA: ☐ apenas por e-mail ☐ impresso + e-mail ☐ Favor enviar blocos de exames

1 RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS



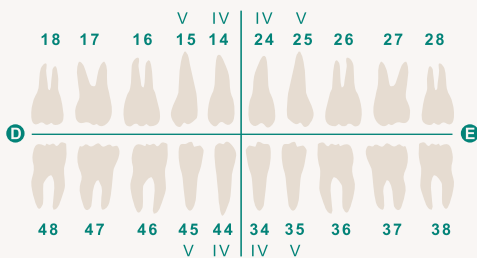
☐ Técnica de Paralelismo (cone longo)

☐ Técnica de Clark/Localização: _____

☐ Tela Milimetrada

☐ Laudo Radiográfico: _____

2 RADIOGRAFIAS BITE - WING



7 RADIOGRAFIAS OCLUSAL

☐ Superior

☐ Inferior

☐ Região: _____

8 CARPAL

☐ Radiografia de Punho e

Idade Óssea ☐ Índice de Pyle

☐ Índice de Eklof

3 RADIOGRAFIAS PANORÂMICAS

☐ Boca Semi - Aberta

☐ Em Oclusão Dental

4 TELERRADIOGRAFIA

☐ Telerradiografia sem Traçado

☐ Telerradiografia com Traçado

☐ Computadorizado _____

☐ Radiografia Frontal PA

☐ Ricketts Frontal

9 RADIOGRAFIA SEIOS DA FACE

☐ Seios da Face

5 FOTOGRAFIAS

Fotos extra bucais

☐ Frente

☐ Perfil Direito

☐ Perfil Esquerdo

☐ Sorriso

☐ Perfil Sorrindo

Fotos intra bucais

☐ Perfil Direito

☐ Perfil Esquerdo

☐ Frente

Oclusais

☐ Superior

☐ Inferior

6 MODELOS

☐ Modelo ortodôntico

☐ Modelo de Estudo

RECEBER DOCUMENTAÇÃO

☐ Pasta de Plástico

☐ Pasta de Cartolina

☐ Envio Online

10 ESCANEAMENTO INTRAORAL

☐ Maxila ☐ Mandíbula

☐ Modelo 3D - ONLINE (ARQUIVO STL)

☐ Modelo 3D (IMPRESSO)

Finalidade: _____

11 ATM TRANSCRANIANA

☐ 04 incidências

☐ 06 incidências

Observação: _____

Este pedido não serve como receituário. Quando for convênio, a solicitação deverá ser feita em papel timbrado do dentista solicitante, com carimbo CRO, datado, assinado e com o nome completo do paciente. Para seu conforto, agende seu horário para exames e documentação ortodôntica.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXES CÔNICOS



RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA
ODONTOLÓGICA DE ALTA PRECISÃO

ASSINALAR ÁREA DE INTERESSE

T.C. Maxila

- ☐ Até 2 dentes
- ☐ Até 4 dentes
- ☐ Até 6 dentes
- ☐ Maxila Total

T.C. Mandíbula

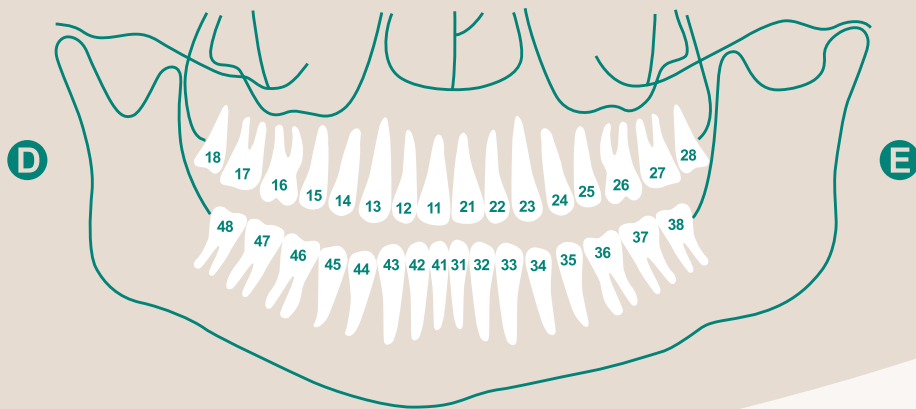
- ☐ Até 2 dentes
- ☐ Até 4 dentes
- ☐ Até 6 dentes
- ☐ Mandíbula Total

Envio

- ☐ Impresso + e-mail
- ☐ Apenas por e-mail

E-mail:

Preencha seu e-mail com letra legível para receber o exame corretamente



1 ENDODONTIA

- ☐ Calcificação Pulpar
- ☐ Pesquisa de Fratura Radicular
- ☐ Reabsorção Radicular
- ☐ Pesquisa de Perfuração Radicular
- ☐ Localização de Canais Radiculares
- ☐ Outros _____

Endoguide 3D

- ☐ Acesso Coronário
- ☐ Descalcificação Pulpar
- ☐ Remoção do Pino de Fibra de Vidro

2 PERIODONTIA

- ☐ Aumento de Coroa Clínica (gingivoplastia)
- ☐ Perioguide
- ☐ Outros _____

3 CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

- ☐ Terceiro Molar ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
- ☐ TC Zigomático
- ☐ TC Maxila Ortognática
- ☐ TC Face (Ortognática Dolphin)
- ☐ Patologia
- ☐ Outros _____

4 ORTODONTIA/ODONTOPEDIATRIA

- ☐ TC Canino Inclusão ☐ 13 ☐ 23 ☐ 33 ☐ 43
- ☐ Traçado Cefalométrico 3D (TC Face)
- ☐ Análise de Vias Aéreas Superiores 3D
- ☐ Avaliação das Tábuas Ósseas Vest. e Palat.
- ☐ Outros _____

5 A.T.M.

- ☐ Boca Aberta
- ☐ Boca Fechada
- ☐ Boca Semi-aberta
- ☐ Patologia/Fratura
- ☐ Outros _____

6 OTORRINOLARINGOLOGIA

- ☐ TC Seios da Face

7 CIRURGIA GUIADA TOTAL

Marca de Implante: _____

- ☐ Maxila Total
- ☐ Mandíbula Total
- ☐ Escaneamento da Prótese (com marcação)

8 PRECISION GUIDE (IMPLANTES)

Quantidade: Max: _____ Mand: _____

Marca do Implante: _____

Modelo do Implante: _____

Kit Cirúrgico: _____

9 BIOVOLUME

- ☐ Biovolume Pré Máxila
- ☐ Biovolume Mento
- ☐ Biovolume Ângulo Mandibular

10 PROTOTIPAGEM

- ☐ Translúcida
- ☐ Biomodelo

11 OUTROS SERVIÇOS:

Descrever a finalidade e aspectos clínicos de relevância:

Atendimento de Segunda a Sábado

Unidade Divinópolis: ☎ (37) 3221 5555 📞 (37) 99978 5000

Unidade Nova Serrana: ☎ (37) 3226 1020 📞 (37) 98812 0002

Unidade Pouso Alegre: ☎ (35) 3647-0555 📞 (35) 99913-4555

🌐 hdimagens.com.br @ contato@hdimagens.com.br

📷 hdimagensdiv