

Data: ___/___/___ Horário: ___:___

Paciente: _____ Dr: _____ CRO: _____

 Data de nascimento: ___/___/___ Data da solicitação: ___/___/___
 Tel: () _____ Cel: () _____ Tel: () _____ Cel: () _____

OS VALORES DOS EXAMES, INFORMADOS POR TELEFONE, SERÃO CONFIRMADOS EM NOSSA RECEPÇÃO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO.

Documentações:

Alimentação leve antes do exame.

- Ortodôntica Padrão** TELERRADIOGRAFIA, TRAÇADO CEFALOMÉTRICO COMPUTADORIZADO, PANORÂMICA, MODELOS, 5 FOTOS INTRA-BUCAIS, 3 FOTOS EXTRA-BUCAIS, IMPRESSOS, PASTA E CAIXA.
 - EM CD
 - CEFALOGRAMA DE _____
- Periodontal** PANORÂMICA, PERIAPICAIS DOS ARCOS DENTÁRIOS, 4 INTERPROXIMAIS, 5 FOTOS INTRA-BUCAIS, IMPRESSOS E PASTA.
 - EM CD

Exames Digitais:
Intra-bucais

- Periapical**
 - TOTAL (RADIODÔNTICA)
 - MILIMETRADA
 - DENTES ASSINALADOS
- Bitewing (interproximal)**
 - MOLARES () D () E
 - Milimetrada** PRÉ-MOLARES () D () E
- Oclusal**
 - MAXILA TOTAL PARCIAL
 - MANDÍBULA TOTAL PARCIAL
 - REGIÃO _____
- Técnica de Localização** (Técnica de Clark)
 - ÁREA PATOLÓGICA
 - CORPO ESTRANHO
 - DENTE INCLUSO
 - FRATURA
 - REGIÃO _____

Extra-bucais

- Panorâmica**
- Panorâmica com complementação de incisivos**
- Panorâmica para implantes** REGIÃO: _____
- Telerradiografia**
 - LATERAL SEM TRAÇADO
 - FRONTAL COM TRAÇADO _____
- A.T.M.**
 - PLANIGRAFIA, DIREITA/ESQUERDA (FECHADA/ABERTA)
- Carpal (idade óssea / Mão e Punho)**
- P.A.**
 - SEIOS (MAXILARES (WATERS) FRONTAL (CALDWELL))
- Fotos**
 - Extra-bucais**
 - FRONTAL
 - PERFIL () D () E
 - SORRISO
 - PERFIL APROXIMADO
 - CORPO INTEIRO
 - Intra-bucais**
 - FRONTAL
 - PERFIL () D () E
 - OCL. SUPERIOR
 - OCL. INFERIOR
- Modelos**
 - ESTUDO TRABALHO
- Análise**
 - MOYERS BOLTON DISCREPÂNCIA DE MODELOS

Tipos de Traçado

- ARNETT
- ANÁLISE FACIAL
- ADENÓIDE
- APNÉIA DO SONO
- BIMLER
- DOWNS
- DELMANTO
- JARABAK ROTH
- MONAMARA
- PROFIS
- RICKETTS
- ROCABADO
- SASSOUNI
- SCHWARZ
- STEINER
- TWEED
- UNICAMP
- USP
- USP/UNICAMP
- OUTROS: _____

Os exames de todos os pacientes são disponibilizados na área do dentista (no site da RRD Imagem) automaticamente sem a necessidade de solicitação. Acesse nosso site.

 Horário de funcionamento
 2ª à 6ª de 8:30 à 11:30 / 13:30 à 18:30
 Telefone (35) 3331-1413 / (35) 98828-6404

 Endereço : Av Dom Pedro II, 292 sala 702
 Centro 37470-000 São Lourenço-MG

www.rrdimagem.com.br