



PACIENTE Nome completo _____ Data Nasc. ____/____/____ Idade ____
CPF ou RG _____ Fone _____ E-mail _____

→ Favor trazer documento de identificação. ←

PROFISSIONAL Nome _____ CRO _____ Fone _____
Endereço _____ E-mail _____

Favor enviar mais requisições.

O valor do exame será confirmado mediante a apresentação desta requisição.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA CONE BEAM

S/ impressão (arq. digital Cfaz.net)

Cs3D Viewer

Arq. DICOM

REGIÃO	Maxila total	Mandíbula Total	Maxila e Mandíbula Total	Face	Zigomático	ATM
	Hemiarco	Maxila	Mandíbula	Direita	Esquerda	Anterior (4-4)
	Elementos avulsos _____					

OBJETIVO DO EXAME _____

ENDODONTIA

1 dente na região (alta resolução - 75µm - Software e-Vol DX)

Pesquisa de fratura dente(s) _____

Estudo da anatomia dente(s) _____

Estudo de lesões periapicais dente(s) _____

Outra pesquisa _____

IMPLANTODONTIA

Regiões _____

Guia Cirurgico (dentes) _____

*SEGUIR PROTOCOLO _____

PERIODONTIA

Avaliação de perdas ósseas

Dimensões dentogengivais

6 fotos

ATM

Boca Aberta (c/ disp. milimetrado) Boca Fechada

Dispositivo Interoclusal Análise de Assimetria

CIRURGIA

3^{os} molares / Dente incluso e/ou supranumerário

Estudo de região doadora/receptora de enxerto ósseo

Patologia _____

Fratura Óssea _____

Vias Aéreas

Seios Paranasais

ORTODONTIA

Estudo da face (posicionam. dentário, tábuas ósseas, ATM boca fechada, vias aéreas, seios paranasais)

Estudo para tracionamento ortodôntico

Estudo p/ disjunção palatina Análise para MARPE

Estudo para mini-implantes/miniplacas p/ ancoragem

Estudo do posicionamento dentário / Tábuas ósseas

RADIOGRAFIAS DIGITAIS

EXAMES EXTRABUCAIS

S/ impressão (arq. digital Cfaz.net)

Radiografia Panorâmica

Radiografia mão e punho (carpal)

Radiografia de ATM

Telerradiografia Lateral

Telerradiografia Frontal

Traçado _____

EXAMES INTRABUCAIS

S/ impressão (arq. digital Cfaz.net)

Interproximal

Molares Dir.

Pré-molares Dir.

Série completa

Molares Esq.

Pré-molares Esq.

Radiografia Oclusal

Maxila

Mandíbula

Localização técnica de Clark - região(ões) _____

Levantamento periapical completo

Periapicais nos dentes assinalados:

18 17 16

15 14

13 12

11 21

22 23

24 25

26 27 28

48 47 46

45 44

43

42 41 31 32

33

34 35

36 37 38

55 54

53 52

51 61

62 63

64 65

85 84

83

82 81 71 72

73

74 75

DOCUMENTAÇÕES

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

Sem impressão

(arq. digital Cfaz.net)

Documentação digital para alinhadores (Pan, Tele com 2 traçados, 8 fotos, modelo STL)

Alinhador _____

Documentação Padrão (pasta com Pan, Tele com 2 traçados, fotos, modelos)

3 fotos

8 fotos

14 fotos

Mod. digital (STL)

Mod. impresso

Traçados ortodônticos _____

DOCUMENT. TOMOGRÁFICAS

S/ impressão (arq. digital Cfaz.net)

Protoc. Compass (tomografia de face, 8 fotos)

Protoc. Easy 3D (tomografia de face, 9 fotos)

Prot. Sym 3D (Tomografia de face, Escaneamento facial, modelo digital – STL, 13 fotos)

PROT. FOTOGRÁFICOS

S/ impressão (arq. digital Cfaz.net)

Harmonização Orofacial (19 fotos)

DSD (16 fotos)

Periodontia - avaliação dento-gengival (6 fotos)

EXTRAS

OUTROS SERVIÇOS

Escaneamento intra-oral (STL)

Modelo impresso

Escaneamento facial

OBSERVAÇÕES

Resp. Técnico: Dr. Wagner F. Pedrosa Jr. • CRO 13.928 • Radiologista

