



**ODONTODIGITAL**  
RADIOLOGIA

**Trabalhamos com diversos convênios, ligue e pergunte!**

Responsável técnica: Dra. Cibele de Oliveira Coura ■ CRO: MG - CD - 29001

Rua Desembargador Ribeiro da Luz, 374 ■ Térreo ■ Barreiro ■ Belo Horizonte ■ MG ■ 30640-040

Telefones: (31) 3384-5400 ■ (31) 98658-4693

www.odontodigital.net.br e-mail: contato@odontodigital.net.br

Horário de atendimento: de 08 h às 19 h. Aos sábados: de 08 h às 12 h.

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M  Fones: \_\_\_\_\_

LAUDO RADIOGRÁFICO

**1 - INTRABUCAIS**

DIREITO	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
	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
	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

ESQUERDO

**PERIAPICAL: TÉCNICA DO PARALELISMO**

- Dentes presentes  
 Dentes irrompidos ou não  
 Dentes ou regiões assinaladas

**TÉCNICA DE CLARK**

**BITE-WING**

- Direito  
 Esquerdo

**2 - EXTRABUCAIS**

**PANORÂMICA**

- Boca semi-aberta  
 Em oclusão dental

**TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL**

SEM TRAÇADO

TRAÇADO COMPUTADORIZADO

- |                                     |                                            |                                               |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Profis     | <input type="checkbox"/> Roth Jaraback     | <input type="checkbox"/> Tweed                |
| <input type="checkbox"/> Mac Namara | <input type="checkbox"/> USP               | <input type="checkbox"/> Wigglegram           |
| <input type="checkbox"/> Ricketts   | <input type="checkbox"/> Lavargne-Petrovic | <input type="checkbox"/> Adenóide             |
| <input type="checkbox"/> Bimler     | <input type="checkbox"/> Marcelo Pedreira  | <input type="checkbox"/> Erupção de 3 molares |
| <input type="checkbox"/> Sassouni   | <input type="checkbox"/> Steiner           | <input type="checkbox"/> USP - Unicamp        |

**SEIOS DA FACE**

PA

ATM

- 4 Incidências  6 Incidências

**PUNHO E MÃO**

- Martins e Sakima (Curva de crescimento)  
 Greulich e Pyle  
 Eklof e Ringertz

**FOTOGRAFIA**

- Foto frente  
 Foto sorriso  
 Foto perfil ( ) D ( ) E  
 Foto perfil / sorriso  
 3 Fotos intrabucavais  
 2 Fotos oclusais (Sup./Inf.)  
 Foto overjet

**MODELO ORTODÔNTICO**

- Análise computadorizada

**FICHA CLÍNICA COM PASTA**

**DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA**

- CD  
 SITE

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTE PEDIDO NÃO SERVE COMO RECEITUÁRIO, QUANDO FOR CONVÊNIO, FAVOR FAZER A SOLICITAÇÃO EM PAPEL TIMBRADO DA CLÍNICA OU DENTISTA SOLICITANTE CONTENDO O CARIMBO DO CRO E ASSINATURA DO MESMO; NOME COMPLETO DO PACIENTE E OS EXAMES DE FORMA DISCRIMINADA.

**MANDAR BLOCO DE PEDIDO**

Solicitação Dr.(a): \_\_\_\_\_

e-mails: \_\_\_\_\_

Rua/Av: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

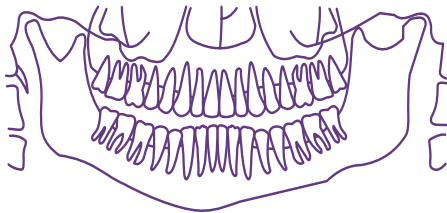
Orçamentos feitos por telefone deverão ser confirmados mediante a apresentação desta requisição.

SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA E MAPA VIDE VERSO

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M  Fones: \_\_\_\_\_

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CONE BEAM



### IMPRESSÃO:

Papel Fotográfico  Filme

## FINALIDADES DO EXAME

### 1. IMPLANTODONTIA

#### Maxila

Completa  Parcial (área assinalada)

#### Mandíbula

Completa  Parcial (área assinalada)

Zigomático

### 2. CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Localização de dente incluído / Supra numerário

Patologia (pesquisa e delimitação)

Pesquisa de fratura de face

Região: \_\_\_\_\_

### 3. ORTODONTIA

Avaliação do posicionamento dentário

Avaliação de tábuas ósseas

Fissura palatina

### 4. ATM

Boca aberta

Boca fechada

Boca semi-aberta

Fratura

Patologia

### 5. ENDODONTIA

Fratura dentária

Perfuração radicular

Reabsorção radicular

Dilatação radicular

Avaliação de lesões

### \* JUSTIFICATIVA DO EXAME

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RUA FLÁVIO MARQUES LISBOA



AV. SINFRÔNIO BROCHADO



AV. AFONSO VAZ DE MELO

RUA BARÃO DE  
COROMANDEL

RUA DESEMB. RIBEIRO DA LUZ, Nº 374



ODONTODIGITAL

RUA ALCANTO VIEIRA

Solicitação Dr.(a): \_\_\_\_\_



Fones: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_