

Data: . . Hora: . .

ENVIAR REQUISIÇÕES

**DADOS PESSOAIS**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_  
 Fone.: \_\_\_\_\_

CRO do PROFISSIONAL

**FORMA DE ENVIO DE EXAMES:**

- Paciente retira     
  Entregar consultório     
  Digital     
  Sistema /Easy Doc  
 Por e-mail \_\_\_\_\_

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM**

PERMANENTE														DECÍDUA											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<b>D</b> -----							----- <b>E</b>							<b>D</b> -----					----- <b>E</b>						
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

Possível Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES**

- Maxila Completa  
 Mandíbula Completa  
 Área Específica (Assinalar no odontograma)  
 Com medida de altura e espessura óssea

**CIRURGIA**

- Terceiro Molar     
  Fratura óssea  
 Zigomático     
  Delimitação de Patologia  
 Dente Incluso     
  Corpo Estranho

**ATM**

- Boca Aberta     
  Boca Fechada     
  Boca Aberta e Fechada

**ENDODONTIA**

- Fratura Dentária     
  Perfuração Radicular     
  Reabsorção Radicular     
  Lesões Periapicais

**AVALIAÇÃO**

- Envolvimento Periodontal     
  Perda óssea Alveolar     
  Envolvimento da Furca

OUTROS: \_\_\_\_\_

**EXTRABUCAIS DIGITAIS**

- Panorâmica (P1)     
  Topo     
  Oclusão     
  Com Laudo  


---

 Panorâmica para implante com ampliação constante de 25%     
  Com sugestão de comprimento de implante na região do(s) dentes(s):  


---

 Panorâmica Infantil     
  Topo     
  Oclusão  


---

 Telerradiografia     
  Perfil Direito     
  Frontal (PA)     
  45°D     
  45°E  


---

 Índice Carpal     
  Com Curva de Crescimento  


---

 ATM (Visão geral em oclusão e abertura máxima (P6))  


---

 Outra Incidência: \_\_\_\_\_

## INTRABUCAIS DIGITAIS

Região de Interesse:

PERMANENTE														DECÍDUA											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
D							E							D					E						
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

Exame Periapical Completo (14 incidências)

Periapical de 1 ou mais dentes (indicar região)

Ortorradial  
 Milimetrada

Com distorção distal/medial  
 Com distorção medial/distal

Interproximal:

Pré-molares

D  E

Molares

D  E

Técnica de Localização (Indicar região):

Dente Incluso

Corpo Estranho

Área Patológica

Outro:

## DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

Documentação Personalizada: Dentista: \_\_\_\_\_

Documentação Ortodôntica Básica - Radiografia Panorâmica, Teleradiografia Lateral, Análise Cefalométrica (indicar), 5 Fotos Intrabucais, 3 Fotos Extrabucais, Modelo de Estudo.  Incluir 2 Periapicais de Anteriores

Documentação Ortodôntica Completa - Radiografia Panorâmica, Teleradiografia Lateral, Análise Cefalométrica (indicar), 3 Periapicais de Anteriores, 2 Interproximais de Pré-molares (D e E), 2 Interproximais de molares (D e E), Radiografia de Mão e Punho, Índice Carpal com Curva de Crescimento, Análise de Adenóides e Erupção dos 3º Molares Intrabucais, 5 Fotos Intrabucais, 3 Fotos Extrabucais, Modelo de Estudo.

Documentação Ortodôntica Específica - Descrever os Exames:

Observações: \_\_\_\_\_

## ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

Apnéia do Sono

Adenóides

Roth Jaraback

3's Molares

Downs

Bimler

Mc Namara

USP

Ricketts Frontal

Ricketts Lateral

Unicamp

Discrepância de Modelos

## ESCANEAMENTO INTRAORAL

Para alinhadores:

Easy Solutions

Clear-Aligner

Invisalign

Compass 3D

Outros:

Para modelos de estudo:

Superior

Inferior

Superior+Inferior

Impressão 3D

Arquivo Eletrônico:

Para modelos de estudo:

Maxila

Mandíbula

Maxila Extendida  
(Até metade órbita)

Mandíbula Extendida  
(Inclui condílios)

Em razão do disposto no art. 7º, I e VIII da Lei 13.709/2018, autorizo o compartilhamento dos resultados de exames realizados neste estabelecimento ao profissional solicitante, com o que expressamente CONSENTO.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Número do documento (CPF ou RG)



**Avenida Assis Brasil, 3535 | Sala 1210**  
Cristo Redentor | Porto Alegre - RS | CEP 91010-007

(51) 9 9279 9685

(51) 3517.3587 / 3517.3576

@atendimento@smrad.com.br

smradiologia

@smradradiologia.portoalegre

smrad.com.br