



Paciente: _____ Data nasc.: ____/____/____

Indicação Dr.(a): _____ Fone: _____

E-mail: _____

☐ Solicito bloco de requisições

RADIOGRAFIAS DIGITAIS

☐ Periapicais ☐ Decíduos

D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

☐ Exame Periapical Completo (14 incidências)

☐ Interproximais ☐ Pré-molares ☐ Direito ☐ Esquerdo
☐ Molares ☐ Direito ☐ Esquerdo

☐ Panorâmica em Alta Definição ☐ Em topo ☐ Em oclusão
☐ Com medidas nas áreas: _____

EXAMES PARA IDADE ÓSSEA E CURVA DE CRESCIMENTO

☐ Lateral de Crânio ☐ Cavum ☐ Mão e Punho

EXAMES COM ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

☐ Lateral de Crânio ☐ Cavum ☐ Frontal de Crânio

EXAMES PARA SEIOS DA FACE

☐ Waters ☐ Caldwell ☐ Cavum ☐ Panorâmica Paranasal
☐ TC S. Frontal ☐ TC S. Etmoidais ☐ TC S. Esfenoidal ☐ TC S. Maxilares

EXAMES PARA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (em abertura e oclusão)

☐ Radiografia de ATMs
☐ Tomografia Computadorizada de ATM (bilateral, boca aberta e fechada)

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

☐ Doc. com 3 Fotos extra-bucais, 5 Fotos intra-bucais, Panorâmica, Telerradiografia, 2 Rad. Periapicais e traçado cefalométrico USP e Mc Namara.

☐ Não imprimir documentação (apenas online)

☐ Modelo 3D (Escaneamento + Oclusograma + STL)

☐ Imprimir o modelo de estudo

☐ Impressão modelo em resina

☐ Não imprimir o modelo

☐ Discrepância de modelos computadorizada

☐ DOC para sistema de alinhadores

☐ Interproximais

☐ Radiografia de Mão e Punho, com curva de crescimento e idade óssea

☐ Telerradiografia Frontal

☐ Documentação personalizada: _____

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

☐ Apneia do Sono	☐ Rickets	☐ Padrão I.B.E.O.	☐ Valieri	☐ Cefalometria Frontal
☐ Alexander	☐ Rocabado	☐ Padrão Profis	☐ Wits	☐ Rickets Frontal
☐ Bimler	☐ Roth-Jarabak	☐ Sassouni	☐ Ortopedia	☐ Teste de Simetria
☐ Björk-Jarabak	☐ Schwarz Modificada	☐ Tweed	☐ Delmanto	
☐ Downs	☐ Steiner	☐ UNESP	☐ Erupção 3º Molar	
☐ Laverge/Petrovic	☐ Trevisi	☐ UNICAMP	☐ Adenóides	
☐ Maciel	☐ McNamara	☐ USP-UNICAMP	☐ Tip Edge	

EXAMES 3D

TOMOGRAFIA CONE BEAM

☐ Um Elemento _____ *Resolução HD+*

☐ Até 3 Elementos _____

☐ Terceiros Molares 18 | 28 | 38 | 48

☐ Hemi Arcada 1°Q | 2°Q | 3°Q | 4°Q

☐ Maxila Completa

☐ Mandíbula

☐ Mandíbula com ramos mandibulares

☐ **Motivo da tomografia:**

☐ Implantodontia
☐ Endodontia
☐ Periodontia
☐ Ortodontia

☐ Pesquisa de Fratura
☐ Dente Incluso
☐ Patologia
☐ Outro: _____

*Solicite um Combo:

☐ Tomografia + Panorâmica

Modo de Impressão

☐ Impressão Filme

☐ Impressão Papel Fotográfico

Serviços Adicionais

☐ Dental Slice

☐ Arquivos DICOM

☐ Arquivos PDF

☐ Biomodelo (Protótipo) ☐ Auto-Clavável

☐ Visualização de Tecidos Moles

EXAMES PARA GUIA CIRÚRGICO

☐ Edêntulo (Tomografia com Guia tomográfico* + Escaneamento Intra-Oral)

*enviar guia tomográfico

☐ Edentado Parcial (Tomografia Região + Escaneamento Intra-Oral)

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL

☐ .STL

☐ Modelo impresso resina

☐ Modelo impresso com remoção de dentes

☐ Escanear com JIG, enviado pelo dentista, para Placa Miorrelaxante

*dentista indicar o laboratório

FOTOGRAFIAS

☐ Fotografias Padrão DSD

www.radicenter.com.br



Radiologista: Dr. Guilherme de Melo L. - CRO/RS 17550

- Av. Cel. Marcos de Andrade, 79 - Fundos - Centro - Viamão - RS

Fones: (51) 998709841 - 3435.7417
Estacionamento no local para pacientes.
- Av. Liberdade, 2282 - Loja 05 - Edifício Shopping Liberdade
Santa Isabel - Viamão - RS

Fone: (51) 980136261 - 2038.1210

***Nosso horário de funcionamento** - Segunda a Sexta das 8h30min. às 18h (sem fechar ao meio dia),
no Sábado é das 8h30min. às 12h30min.

***Atendimento aos Sábados somente na unidade centro.**