

PACIENTE: _____ NASCIMENTO: _____ TELEFONE: _____

SOLICITADO PELO (A) DR.(A): _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

EMAIL DO PROFISSIONAL: _____ TELEFONE: _____

☐ EXAME COM LAUDO ☐ EXAME SEM LAUDO ☒ FAVOR ENVIAR BLOCOS DE PEDIDO

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS: _____

I N T R A B U C A I S

PERIAPICAIS

- ☐ TODOS OS DENTES
☐ DENTE(S) ASSINALADO(S)
☐ PARA IMPLANTE REGIÃO _____

INTERPROXIMAIS (BITE-WING)

- ☐ MOLARES ☐ D ☐ E
☐ PRÉ-MOLARES ☐ D ☐ E

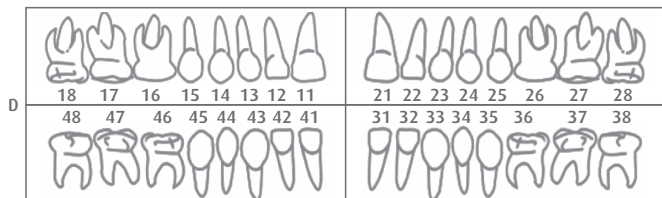
LOCALIZAÇÃO

- ☐ TÉCNICA DE CLARK
REGIÃO _____

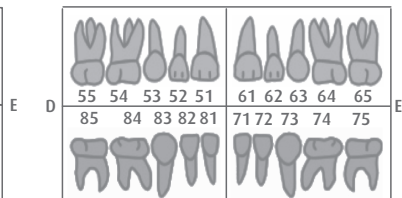
OCLSAIS

- ☐ MAXILA
☐ MANDÍBULA
☐ TOTAL ☐ PARCIAL

ASSINALE A ÁREA DE INTERESSE PARA ANÁLISE NO ODONTOGRAMA:



PERMANENTES



DECÍDUOS

E X T R A B U C A I S

- ☐ PANORÂMICA ☐ EM OCLUSÃO ☐ EM DESOCCLUSÃO
☐ PANORÂMICA PARA IMPLANTES COM TRAÇADO NA(S) REGIÃO(ÕES): _____
☐ TELERRADIOGRAFIA LATERAL ☐ WATERS (SEIOS DA FACE)
☐ TELERRADIOGRAFIA FRONTAL (PA) ☐ CARPAL ☐ ATM 4 INCIDÊNCIAS

A N Á L I S E E T R A Ç A D O

- ☐ USP ☐ LAVERNE/PETROVIC ☐ BIMLER ☐ MCNAMARA ☐ JARABAK ☐ RICKETTS
☐ UNICAMP ☐ USP/UNICAMP ☐ PROFIS ☐ ROCABADO ☐ TWEED/ STEINER ☐ UNESP
☐ ADENÓIDE ☐ RICKETTS FRONTAL ☐ SASSOUNI ☐ CURVA DE CRESCIMENTO ☐ OUTRA _____

D O C U M E N T A Ç Õ E S

- ☐ BÁSICA : Pasta, folha de exame clínico, plano de tratamento e controle financeiro, panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 6 fotos e caixa com modelos de estudo.
☐ COMPLETA: Pasta, folha de exame clínico, plano de tratamento e controle financeiro, periapicais de incisivos superiores e inferiores, panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 8 fotos, análise facial e caixa com modelos de estudo.
☐ IMPLANTES: Folha de exame clínico, plano de tratamento e controle financeiro, panorâmica com traçado para implante, 6 fotos, pasta e caixa com modelos de estudo.
☐ PERIODONTAL: Pasta, folha de exame clínico, plano de tratamento e controle financeiro. 14 radiografias periapicais, 4 interproximais, panorâmica, 6 fotos.
☐ PERSONALIZADA: (POR FAVOR, MARQUE OS ITENS INDIVIDUALMENTE NO PEDIDO).
☐ DOCUMENTAÇÃO EM CD.

MODELOS

- ☐ MODELO DE ESTUDO COM ACABAMENTO
- ☐ MODELO DE ESTUDO SEM ACABAMENTO
- ☐ MODELO DE TRABALHO EM GESSO ORTODONTICO
- ☐ MODELO DE TRABALHO EM GESSO PEDRA TIPO IV

☐ ANÁLISE DE MODELOS

FOTOGRAFIAS

EXTRABUCAIS

- ☐ FRENTE
- ☐ SORRISO
- ☐ CLOSE DE SORRISO
- ☐ PERFIL
- ☐ PERFIL APROXIMADO
- ☐ PERFIL EM PROTRUSÃO

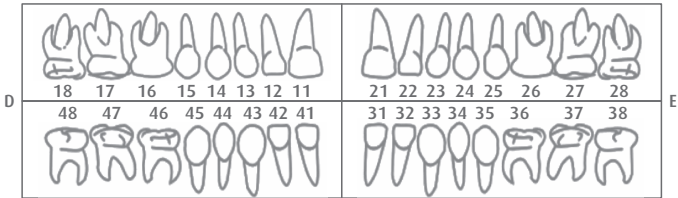
INTRABUCAIS

- ☐ FRENTE
- ☐ LATERAL ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA
- ☐ OCLUSAL ☐ SUPERIOR ☐ INFERIOR
- ☐ OVERJET ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA
- ☐ ANÁLISE FACIAL

OUTRAS:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO

ASSINALE A ÁREA DE INTERESSE PARA ANÁLISE NO ODONTOGRAMA:



FINALIDADE DO EXAME:

IMPLANTODONTIA

- ☐ REGIÃO
- ☐ ENXERTO ÓSSEO
- ☐ MAXILA
- ☐ MANDÍBULA

ATM

- ☐ DIREITA ☐ ESQUERDA
- ☐ BOCA ABERTA ☐ BOCA FECHADA
- ☐ MORFOLOGIA E ESPAÇOS ARTICULARES
- ☐ ÁREA PATOLÓGICA
- ☐ FRATURA / TRAUMA

IMPRESSÃO

- ☐ PAPEL FOTOGRÁFICO
- ☐ FILME

ENDODONTIA

- ☐ FRATURA DENTAL
- ☐ PERFURAÇÕES RADICULARES
- ☐ ALTERAÇÕES APICAIS
- ☐ CANAIS ACESSÓRIOS

ORTODONTIA

- ☐ DESENVOLVIMENTO / ERUPÇÃO
- ☐ TÁBUAS ÓSSEAS E RELAÇÃO DENTÁRIA
- ☐ INSERÇÃO DE MINI IMPLANTES

TOMOGRAFIA EM CD

SOFTWARES:

- ☐ XELIS ☐ ON DEMAND ☐ IMPLANTVIWER

CIRURGIA

- ☐ DENTE INCLUSO / RETIDO
- ☐ ÁREA PATOLÓGICA
- ☐ FRATURA ÓSSEA
- ☐ OUTROS

PERIODONTIA

- ☐ NÍVEL / INSERÇÃO ÓSSEA
- ☐ ENDO-PERIODONTAL
- ☐ ENVOLVIMENTO DE FURCA
- ☐ AVALIAÇÃO DE TECIDOS MOLES

FORMATO DE IMAGEM:

- ☐ DICOM

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

- PARA DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA, POR GENTILEZA MARCAR HORÁRIO ANTECIPADAMENTE E EVITAR ALIMENTAR-SE PRÓXIMO AO HORÁRIO DO EXAME.
- PACIENTES MULHERES, POR GENTILEZA COMUNICAR POSSÍVEL GRAVIDEZ.
- OS VALORES INFORMADOS POR TELEFONE SÃO ESTIMADOS E ESTÃO SUJEITOS A CONFIRMAÇÃO NA RECEPÇÃO.
- O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO NO ATO DA REALIZAÇÃO DO EXAME.
- ESTE ORÇAMENTO TEM VALIDADE DE 15 DIAS A PARTIR DA DATA DA SOLICITAÇÃO.
- CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: ☐ CARTÃO DE CRÉDITO ☐ DÉBITO ☐ DINHEIRO ☐ À VISTA ☐ À PRAZO ATENDIDO POR:

UNIDADE UBERABA: DISPONIBILIZAMOS ESTACIONAMENTOS GRATUITOS DURANTE O PERÍODO DE ATENDIMENTO NA RUA SANTO ANTÔNIO.

Unai - MG
Rua Quinze de Janeiro, 12 - Centro
(38) 3676-6006 | 98828-8883
idunai@imagemdentalrx.com.br

Uberaba - MG
Rua Olegário Maciel, 15 - Centro
(34) 3316-7474 | 99262-7474
iduberaba@imagemdentalrx.com.br



OS EXAMES DE TODOS OS PACIENTES SÃO DISPONIBILIZADOS NA ÁREA DO DENTISTA EM NOSSO SITE AUTOMATICAMENTE, ACESSO: www.imagemdentalrx.com.br OU BAIXE O NOSSO APLICATIVO.