





Paciente: Jozimar Jerruch Data: 05/01/21  
Dr. (a): \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

( ) SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES

Exames entregues em: ( ) CD  
( ) Filme radiográfico  
( ) E-mail: \_\_\_\_\_

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)**

- ☐ Maxila completa ☐ Com medidas  
☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)\* ☐ Em oclusão  
☐ Hemi-arcada ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom  
sup. D. ( ) sup. E ( ) inf. D ( ) inf. E ( ) ☐ E-mail: \_\_\_\_\_  
☐ Localizada (indique as regiões a serem realizadas):  
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  
☐ ATM- oclusão e abertura máxima  
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos. Região do dente: \_\_\_\_\_  
☐ Informações clínicas: \_\_\_\_\_

\* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

**RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS**

- ☐ Exame Periapical Completo  
☐ Exame Periapical Completo com Interproximais  
☒ Radiografia Periapical  
Permanentes Decíduos  
D 8 7 6 5 4 3 2 1 | ☒ 2 3 4 5 6 7 8 D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E  
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75  
Interproximais: ☐ Molares Direito ☐ Molares Esquerdo  
☐ Pré-Molares Direito ☐ Pré-Molares Esquerdo  
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos  
☐ Região: \_\_\_\_\_ Luxão, fratura

**RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS**

- ☒ Panorâmica ☒ Topo  
☐ Oclusão  
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: \_\_\_\_\_  
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Avaliação inicial  
☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise  
☐ Lateral ☐ Análise  
☐ C7 Especificar a Análise: \_\_\_\_\_  
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)  
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal  
Outra Técnica: \_\_\_\_\_

*Cristiane C. Ferronato*  
CRC-13.399  
CPF 638962300-34  
Rua de Casilhos, 1123 Sl. 17 Gal. Central  
Farroupilha - RS