



|                                       |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira                  | 000202527058000030703                                                                                                                                           |
| 9-Plano                               | POS REDE PRESTADORA                                                                                                                                             |
| 10-Empresa                            | TROMBINI EMBALAGENS SA                                                                                                                                          |
| 11-Data Validade da Carteira          | <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> |
| 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |                                                                                                                                                                 |

|                       |                                                                                 |                           |             |                       |                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Alinhamento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA | 18-Número no CRO<br>10449 | 19-Uf<br>RS | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                                                  |                                             |                               |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <p>20-NOME DO PROFISSIONAL EXERCITANTE</p> <p><b>ELISANGELA DUTRA DOSSIN</b></p> | <p>27-Número no CRO</p> <p><b>10449</b></p> | <p>28-UF</p> <p><b>RS</b></p> | <p>29-Código CBO S</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|

[illegible]

\_\_\_\_\_

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

2

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 52 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|

[illegible][illegible]

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento  |  |
| 44-Tipo de Atendimento                  |  |
| 45-Tipo de Faturamento                  |  |
| 46-Total Quantidade US                  |  |
| 47-Valor Total R\$                      |  |
| 48-Total Franquia - Co-participação R\$ |  |

[illegible]

Declaro ainda que não tenho (nenhuma das) das seguintes condições de saúde, físicas ou mentais, que possam impedir ou interferir no desempenho das atividades laborais ou acadêmicas, e, no caso de estar sofrendo de alguma das condições acima, comprometo-me a cumprir as recomendações e/ou tratamentos necessários para a melhoria de minha saúde e para a realização das atividades laborais e acadêmicas, sob pena de sofrer as consequências da inobservância das mesmas.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Week 10

---

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante |  |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             |  |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável     |  |
| 53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa              |  |

[illegible]

2

Paciente: Tais Priscila de Lima Antunes Data: 03/08/20  
Dr. (a): Dra. Renata Z. Franceschini Fone: \_\_\_\_\_  
Cirurgiã-Dentista

( ) SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISIÇÕES Exames entregues em: ( ) CD  
( ) Filme radiográfico  
( ) E-mail: \_\_\_\_\_  
Dra. Renata Z. Franceschini  
Cirurgiã-Dentista  
CRO 13149

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

- |                                                                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maxila completa                                                           | <input type="checkbox"/> Com medidas                   |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)*                          | <input type="checkbox"/> Em oclusão                    |
| <input type="checkbox"/> Hemi-arcada                                                               | <input type="checkbox"/> Imagens em CD- arquivos Dicom |
| sup. D. ( ) sup. E ( ) inf. D ( ) inf. E ( )                                                       | <input type="checkbox"/> E-mail: _____                 |
| <input type="checkbox"/> 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                                                                  |                                                        |
| <input type="checkbox"/> ATM- oclusão e abertura máxima                                            |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Localização de dentes retidos ou corpos estranhos. Região do dente: _____ |                                                        |
| <input type="checkbox"/> 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

- |                                                                                                    |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exame Periapical Completo                                                 |                                     |
| <input type="checkbox"/> Exame Periapical Completo com Interproximais                              |                                     |
| <input type="checkbox"/> Radiografia Periapical                                                    |                                     |
| Permanentes                                                                                        | Decíduos                            |
| D 8 7 6 5 4 3 2 1   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: <input type="checkbox"/> Molares Direito <input type="checkbox"/> Molares Esquerdo |                                     |
| <input type="checkbox"/> Pré-Molares Direito <input type="checkbox"/> Pré-Molares Esquerdo         |                                     |
| <input type="checkbox"/> Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos            |                                     |
| <input type="checkbox"/> Região: _____                                                             |                                     |

## RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- |                                                                                |                                                                      |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Panorâmica                                            | <input type="checkbox"/> Topo                                        |                                      |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> Oclusão                                     |                                      |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> Para Implante (com traçado computadorizado) | Região de: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Motivo da solicitação / breve história clínica: _____ |                                                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografia:                                     | <input type="checkbox"/> Frontal                                     | <input type="checkbox"/> Sem Análise |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> Lateral                                     | <input type="checkbox"/> Análise     |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> C7                                          | Especificar a Análise: _____         |
| <input type="checkbox"/> ATM (Boca Aberta e Fechada)                           |                                                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Radiografia da Mão e Punho com índice carpal          |                                                                      |                                      |
| Outra Técnica: _____                                                           |                                                                      |                                      |

## DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

Encaminhar Documentação por: ☐ Pasta ☐ CD ☐ E-mail: \_\_\_\_\_

- ☒ Documentação Ortodôntica Básica  
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa  
Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré molares, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação para Cirurgia Ortognática  
Panorâmica, Tele Lateral, Tele Frontal, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, 8 Fotos e Modelos de estudo.
- ☐ Documentação para Implantodontia  
Panorâmica para implante com traçado computadorizado, Radiografia periapical da região de \_\_\_\_\_ e Modelos de estudo.

Exames Opcionais para as Documentações: ☐ Radiografia da mão e punho

☒ Fotos oclusais Outras: \_\_\_\_\_

☒ Periapicais dos incisivos

☐ Tele Frontal

☐ Tele Lateral

☐ Com Análise - especificar: \_\_\_\_\_

## ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- |                                                 |                                        |                                          |                                         |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adenóides              | <input type="checkbox"/> Downs         | <input type="checkbox"/> Profis          | <input type="checkbox"/> Trevisi        |
| <input type="checkbox"/> Análise Facial Frontal | <input type="checkbox"/> Erupção 3º Ms | <input type="checkbox"/> Rickets Frontal | <input type="checkbox"/> Tweed          |
| <input type="checkbox"/> Análise Facial Perfil  | <input type="checkbox"/> Idade Óssea   | <input type="checkbox"/> Rickets Lateral | <input type="checkbox"/> Unicamp        |
| <input type="checkbox"/> Bimler                 | <input type="checkbox"/> Jarabak       | <input type="checkbox"/> Sassouni        | <input checked="" type="checkbox"/> USP |
| <input type="checkbox"/> Delmanto               | <input type="checkbox"/> McNamara      | <input type="checkbox"/> Schwarz         | <input type="checkbox"/> USP - UNICAMP  |
| <input type="checkbox"/> Discrepância de Bolton | <input type="checkbox"/> Petrovic      | <input type="checkbox"/> Steiner         | <input type="checkbox"/> AO-B0          |
- Outra: \_\_\_\_\_

*Colocação de aparelho ortodôntico*

## EXAMES COMPLEMENTARES

- |                                                |                                                |                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modelos de Estudo     | <input type="checkbox"/> Fotos Intrabucais (3) | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Modelos de Trabalho   | <input type="checkbox"/> Fotos Oclusais (2)    |                                |
| <input type="checkbox"/> Fotos Extrabucais (3) | <input type="checkbox"/> Fotos dos Modelos (5) |                                |

**SERVIÇOS ON-LINE : Acesse suas imagens radiográficas on-line. Informe-se!**  
Caro Paciente: Os valores informados por telefone são aproximados.

### HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h45

Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h