

2-N-

422657
INTERCÂMBIOROSELI FAZAN FURLAN

Faturar Empresa

10/2/2019

Contra a assinatura de quem não for o profissional contratado, o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

S1-Daw, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

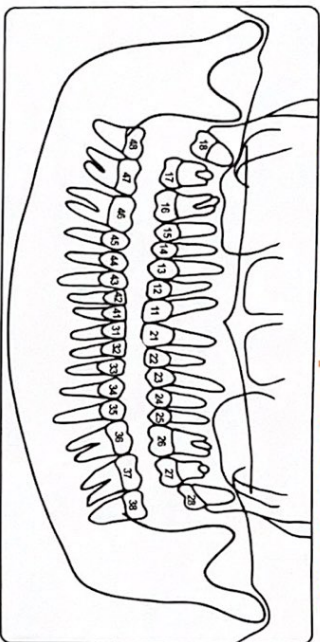
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/3/11 11:40 Rossi

53-Dado, local e Carimbo da Empresa

John

Jan

Tomografia Computadorizada



Planejamento para Implantes

- | | |
|---|--|
| ☐ Maxila Completa | ☐ Mandíbula Completa |
| ☐ Maxila Anterior | ☐ Mandíbula Anterior |
| ☐ Hemi-Maxila Direita | ☐ Hemi-Mandíbula Direita |
| ☐ Hemi-Maxila Esquerda | ☐ Hemi-Mandíbula Esquerda |
| ☐ Região do dente _____ | ☐ Avaliação de área doadora |
| ☐ Arco Zigomático | ☐ Mento ☐ Retromolar |

Avaliação da ATM

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ Boca Fechada | ☐ Boca Aberta | ☐ Fratura / Patologia |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|

Cirurgia

- | | |
|--|--|
| ☐ Dente incluso / Supranumerário | ☐ Terceiros molares / Relação com o canal mandibular |
|--|--|

Endodontia e Periodontia

- | | |
|--|--|
| ☐ Fratura dentária | ☐ Lesão de furca |
| ☐ Perfuração / Curvatura radicular | ☐ Reabsorção óssea |

Outros Serviços

- | | |
|---|--|
| ☐ CD - Arquivo Dental Slice | ☐ CD - Arquivo Dicom |
|---|--|

Observações do Profissional

Flora Dental Uni



ARADOC

Radiografias e Documentações Odontológicas

Solicitação de Exames

Nome do(a) paciente: Thalene Siqueira Fagundes Lima

D. Nasc.: 22/10/2002 Fone: (16) 99630-0317

Dr(a): Rejane Mello de Angelo

Data: 17/11/2020 Fone: (16) 3335-1405

Receber por e-mail: _____

☒ Enviar exames diretamente para o consultório

☐ Enviar mais solicitações de exames para o consultório

Unidade Araraquara - SP

Rua Henrique Lupo, 134
Vila José Bonifácio - CEP 14.802-440
Telefone: (16) 3331-5544 / 3357-0407
Celular: (16) 98132-8693 (WhatsApp)
e-mail: araraquara@aradoc.com.br

Unidade Americana - SP

Telefone: (19) 3621-5594
e-mail: americana@aradoc.com.br



Recebido por: _____

Data: ____/____/____

Documentações Odontológicas

- ☐ Documentação Ortodôntica Expressa (entregue em 24 horas)
- ☐ Radiografia panorâmica com laudo
- ☐ Telerradiografia lateral
- ☐ Análise cefalométrica
- ☐ 06 fotos
- ☐ 1 Par - Modelos Ortodônticos sem Acabamento (entregue em 24 horas)
- ☐ 1 Par - Modelos Ortodônticos com Acabamento (entregue em 7 dias)

Documentação Ortodôntica Simplificada

- ☐ Radiografia panorâmica com laudo
- ☐ Telerradiografia lateral
- ☐ Análise cefalométrica
- ☐ 06 fotos
- ☐ Modelos Ortodônticos
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa
- ☐ Radiografia panorâmica com laudo
- ☐ Telerradiografia lateral
- ☐ Análise cefalométrica
- ☐ Radiografia de mão e punho
- ☐ 08 fotos
- ☐ Modelos Ortodônticos

- ☐ Documentação para Implante
- ☐ Radiografia panorâmica com laudo
- ☐ Traçado digital
- ☐ 05 fotos
- ☐ Modelos Ortodônticos sem Acabamento

- ☐ Documentação Periodontal
- ☐ Radiografia panorâmica com laudo
- ☐ Radiografias periapicais boca toda (14)
- ☐ 05 fotos intrabucais

Fotografia e Modelo de Gesso

- ☐ Fotografias Extrabucais
- ☐ Frente
- ☐ Frente sorrindo
- ☐ Perfil
- ☐ Em CD
- ☐ Fotografias Intrabucais
- ☐ Frente
- ☐ Lateral D + E
- ☐ Oclusal Sup + Inf
- ☐ Overjet / Overbite
- ☐ Em CD
- ☐ Modelo de gesso
- ☐ Com Acabamento (Estudo)
- ☐ Sem Acabamento (Trabalho)
- ☐ Análise comput.

Radiografias Extrabucais

- ☐ Radiografia panorâmica digital
- ☐ Com laudo
- ☐ Sem laudo
- ☐ Com traçado digital para implante
- ☐ Especificar região _____
- ☐ Em CD

- ☐ Telerradiografia lateral
- ☐ Com Análise _____
- ☐ Em CD

- ☐ Mão e Punho (Carpal)
- ☐ Análise computadorizada
- ☐ Em CD

- ☐ ATM
- ☐ Transfacial 2 posições D e E (boca fechada - aberta)
- ☐ Em CD

Radiografias Intrabucais

- ☐ Radiografia periapical digital
- ☐ Boca toda
- ☐ Dentes assinalados
- ☐ Em CD

Decíduos									
D					E				
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5

- ☐ Radiografia interproximal
- ☐ Pré-molares
- ☐ Molares
- ☐ Em CD
- ☐ direito
- ☐ esquerdo

- ☐ Técnicas de Localização
- ☐ Clark região _____
- ☐ Outra _____
- ☐ Em CD

- ☐ Radiografia oclusal
- ☐ Maxila
- ☐ Mandíbula
- ☐ Em CD
- ☐ Total
- ☐ Parcial/Região _____
- ☐ Parcial/Região _____