



# CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Resp. Técnica Dra. Luciane Imbronizio

Radiologista CRO/PR 12549

Rua Cel. Vidal Martins de Oliveira, 449 - Atrás do Estádio Caramuru  
CEP 84172-555 - Castro - Paraná - Telefone: ☎ (42) 3232-0843

www.radiologiacastro.com.br

contato@radiologiacastro.com.br

## FICHA DE CADASTRO

Nome: Joceli do Rocio da Silva Telefone: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 17 / 04 / 1984 (Idade: \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses)

Indicação - Dr. (a): Kanandha Teixeira Cruz Data: 09 / 10 / 24

☐ Não necessário impressão dos exames para e-mail: \_\_\_\_\_

## RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS / DIGITAL DIGORA

|                                                          |                                                     |                                      |                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Levantamento Periapical         | <input type="checkbox"/> Interproximal              | <input type="checkbox"/> Molares     | <input type="checkbox"/> Direito  |
| <input type="checkbox"/> Periapical                      | <input type="checkbox"/> Levantamento Interproximal | <input type="checkbox"/> Pré-Molares | <input type="checkbox"/> Esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Técnica de Localização de CLARK |                                                     | Região: _____                        |                                   |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |    |    |    |
|    |    |    | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |    |    |    |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS / DIGITAL CARESTREAM CS 8100

|                                                            |                               |                                           |                                            |                                                           |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Panorâmica                        | <input type="checkbox"/> Topo | <input type="checkbox"/> Oclusão          | <input type="checkbox"/> Com Laudo         | <input type="checkbox"/> Sem Laudo                        |
| <input type="checkbox"/> ATM (lateral)                     |                               |                                           |                                            |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Postero Anterior (P.A.)           |                               | <input type="checkbox"/> Lateral (Perfil) |                                            | <input type="checkbox"/> Fotos: 5 Intra + 3 Extra Buciais |
| <input type="checkbox"/> Metacarpiana (Mão e Punho/Carpal) |                               |                                           | <input type="checkbox"/> Modelos de Estudo |                                                           |

## DOCUMENTAÇÕES

- ☐ Documentação Clínica: panorâmica + levantamento interproximal.
- ☐ Documentação implante: panorâmica 25% magnificada, levantamento periapical completo, 08 fotos, modelos de estudo. ☐ Digital ☐ Sem Modelo
- ☐ Documentação econômica: panorâmica, modelos de estudo.
- ☐ Documentação básica: panorâmica, telerradiografia com 01 traçado e análise, 08 fotos, modelos de estudo e envelope de papel. ☐ Digital ☐ Sem Modelo
- ☐ Documentação completa: panorâmica, telerradiografia com traçado e análise, periapicais anteriores, 08 fotos, modelos de estudo, CD, pasta plástica. ☐ Digital ☐ Sem Modelo

## ANÁLISE CEFALOMÉTRICAS

|                                   |                                        |                                           |                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| TRAÇADO CEFALOMÉTRICO             |                                        | <input type="checkbox"/> Unicamp/USP      | <input type="checkbox"/> Tweed      |
| <input type="checkbox"/> Steiner. | <input type="checkbox"/> Unicamp       | <input type="checkbox"/> Análises faciais | <input type="checkbox"/> Padrão USP |
| <input type="checkbox"/> Bimler   | <input type="checkbox"/> McNamara      | <input type="checkbox"/> Adenóides        | <input type="checkbox"/> 3º Molares |
| <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Jarabak       | <input type="checkbox"/> Sassouni         | <input type="checkbox"/> Rocabado   |
| <input type="checkbox"/> Lateral  | <input type="checkbox"/> Padrão Profis | <input type="checkbox"/> Petrovic         | <input type="checkbox"/> Schwartz   |
| <input type="checkbox"/> Frontal  |                                        |                                           |                                     |

OBSERVAÇÕES / HISTÓRIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

# TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / PLANMECA PROMAX 3DS

- |                                                                                   |                                                         |                                      |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantodontia                                           | <input type="checkbox"/> Patologia                      | <input type="checkbox"/> Periodontia | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Ortodontia                                               | <input type="checkbox"/> Prótese                        | <input type="checkbox"/> Endodontia  | <input type="checkbox"/> DTM                 |
| <input type="checkbox"/> Maxila / Mandíbula Total                                 | <input type="checkbox"/> ATM                            |                                      |                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maxila Total                                  | <input type="checkbox"/> 1 posição                      |                                      |                                              |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula Total                                          | <input type="checkbox"/> 2 posição                      |                                      |                                              |
| <input type="checkbox"/> Implante Unitário                                        | <input type="checkbox"/> 3 posição                      |                                      |                                              |
| <input type="checkbox"/> Dente Incluso / Extranumerário                           | <input type="checkbox"/> Vias aéreas e seios paranasais |                                      |                                              |
| <input type="checkbox"/> 3º Molares (Relação com seio maxilar / canal mandibular) | <input type="checkbox"/> Enxerto Ósseo                  |                                      |                                              |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de fratura / canal acessório                    |                                                         |                                      |                                              |

Região de interesse:

3. Avaliação elementos  
24.23

- |                                                                      |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Documentação Tomográfica I       | <input type="checkbox"/> Tomografia Inicial         |
| <input type="checkbox"/> Tomografia Paciente + Guia                  | <input type="checkbox"/> Tomografia Guia            |
| <hr/>                                                                |                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Documentação Tomográfica II      |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Tomografia Guia                             | <input type="checkbox"/> Tomografia Paciente + Guia |
| <hr/>                                                                |                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usar guia enviada com o paciente |                                                     |

## FORMAS DE ENVIO

- ☐ Dicom p/ e-mail: \_\_\_\_\_
- ☐ Sem Impressão
- ☐ Com Impressão
- ☐ Favor enviar formulário de solicitação

## HORÁRIO DE ATENDIMENTO

**Segunda à Sexta-feira: 08:00 às 11:30 horas**  
**13:00 às 18:30 horas**

## Caro Cliente

- \*Agendar consulta antecipadamente;
- \*Alimentação moderada para os exames que irão ser feitas moldagens;
- \*Remover pertences metálicos na região da cabeça e pescoço;
- \*Em moldagem de controle retirar os arcos;
- \*Desmarcar consulta em caso de não poder comparecer;
- \*Os valores dos exames informados por telefone são aproximados. O pagamento é efetuado no dia do(s) exame(s).

