



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013
Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º Andar - Centro - Farroupilha/RS
facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br
f /faces.radiologia @ @faces.radiologia

Responsável Técnica:
Elisângela Dutra Dossin

Paciente: SAIR PANGELA Data: ____/____/____

Dr.(a): Dr. Luis Gustavo Feltrin CRO: ____ Fone: ____

E-mail: Cirurgião Dentista
CRO/RS 23260

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

- ☐ CD ☒ Filme radiográfico ☐ Papel Fotográfico
☒ Transferência de arquivo via web/e-mail:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa
☐ Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*
☐ Hemi-arcada ☐ Sup. D ☐ Sup. E
☐ Inf. D ☐ Inf. E

☐ 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
D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

- ☐ ATM - oclusão e abertura máxima
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos
☐ Pesquisa de fratura radicular no dente
☐ Avaliação dos canais radiculares no dente
☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região dentada, especificar)
☐ Avaliação da condição do implante
☐ Biomodelo
☐ Cirurgia Guiada
☐ Periodontia
☐ Avaliação Patológica
☐ Cirurgia Sorriso Gengival
☐ Outros

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

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

- ☐ Imagens via web / arquivo STL ☐ Sem Impressão 3D do modelo ☐ Com Impressão 3D do modelo

Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☒ Panorâmica ☒ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____
- ☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: AValiação INICIAL
- ☐ Telerradiografia ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise _____
☐ C7
- ☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea
Outra Técnica _____