



R.T Dra. Marilza do Carmo Oliveira  
Radiologista - CRO:22867

**VARGINHA**  
Av. Rui Barbosa, 360 - Centro  
Minas Gerais CEP: 37002-140  
☎ 35 9 8801-2151 ☎ 35 3214-1037

**CAMPOS GERAIS**  
Rua General Osório, 55 - Centro  
Minas Gerais CEP: 37160-000  
☎ 35 9 8856-5942 ☎ 35 3853-1944

DIAGNÓSTICOS  
ODONTOLÓGICOS

Paciente:	Data:
Dentista:	Telefone:
Endereço:	Assinatura e Carimbo
E-mail:	
Finalidade: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Controle <input type="checkbox"/> Retratamento <input type="checkbox"/> Final	
<b>ORIENTAÇÕES IMPORTANTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Atendimento preferencialmente com hora marcada;</li> <li>2 - Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;</li> <li>3 - Horário de atendimento de Segunda à Sexta-feira de 8h às 18h</li> </ul>	

**DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA** ● Impressa ● Digital

<b>COMPLETA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Panorâmica</li> <li>- Tele com traçado</li> <li>- Fotos extra e intraorais</li> <li>- Modelos 3D</li> </ul>	<b>SIMPLIFICADA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Panorâmica</li> <li>- Tele com traçado</li> <li>- Fotos extra e intraorais</li> </ul>	<b>DOCUMENTAÇÃO P/ ALINHADORES ORTODÔNTICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ivisalign ● Easy Solution ● Clear Correct</li> <li>● Ortho aligner ● Ortho E- Motion ● Outro</li> </ul>
--	--	--

**ANÁLISE CEFALOMÉTRICA**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usp/Unicamp      | <input type="checkbox"/> Usp           | <input type="checkbox"/> Unicamp        | <input type="checkbox"/> MC Namara        |
| <input type="checkbox"/> Marcelo Pedreira | <input type="checkbox"/> Roth Jaraback | <input type="checkbox"/> Bjork Jaraback | <input type="checkbox"/> Ricketts Lateral |
| <input type="checkbox"/> Profis           | <input type="checkbox"/> Trevisi       | <input type="checkbox"/> Tweed          | <input type="checkbox"/> Steiner          |
| <input type="checkbox"/> Adenóides        | <input type="checkbox"/> Bimler        | <input type="checkbox"/> Apneia do Sono | <input type="checkbox"/> KIM              |

**FOTOGRAFIA** ● Impressa ● Digital

- |   |                                   |   |                                   |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frente                                 | <input type="checkbox"/> Sorriso  | <input type="checkbox"/> Perfil D         | <input type="checkbox"/> Perfil E |
| <input type="checkbox"/> Intra Oraís                            | <input type="checkbox"/> Oclusais | <input type="checkbox"/> Close do Sorriso | <input type="checkbox"/> Over-Jet |
| <input type="checkbox"/> Kit Fotográfico Estético / Periodontal |                                   |   |                                   |

**ESCANEAMENTO INTRAORAL** ● Impressa ● Digital

- |   |                                     |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Modelo Ortodôntico | <input type="checkbox"/> Sorriso 3D | <input type="checkbox"/> Placa Miorrelaxante (Trazer JIG) | <input type="checkbox"/> Cirurgia Guiada |
|---|-------------------------------------|---|--|

**RADIOGRAFIAS EXTRA ORAIS** ● Impressa ● Digital

**RADIOGRAFIA PANORAMICA**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Boca Semi-Aberta | <input type="checkbox"/> Oclusão Dental |
|---|---|

**RADIOGRAFIA DE ATM**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abertura Máxima | <input type="checkbox"/> MIH |
|--|------------------------------|

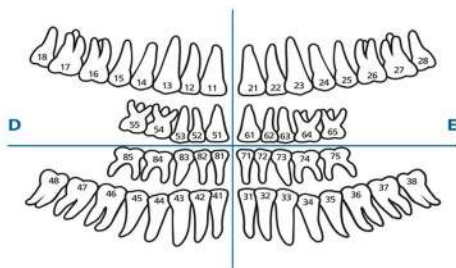
**TELERRADIOGRAFIA**

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perfil | <input type="checkbox"/> Frontal |
|---------------------------------|----------------------------------|

**MÃO E PUNHO - CARPAL**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curva de Crescimento | <input type="checkbox"/> Idade Óssea |
|---|--------------------------------------|

**RADIOGRAFIAS INTRA-ORAIS** ● Impressa ● Digital



**INTERPROXIMAIS**

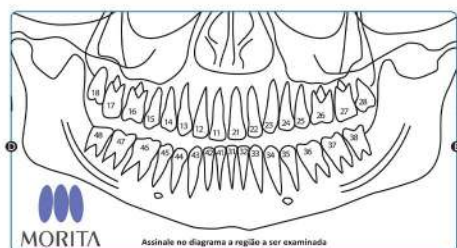
- Pré molar direito
- Pré molar esquerdo
- Molar direito
- Molar esquerdo

**PERIAPICAL**

- De todos os elementos
- Dentes assinalados
- Metodos de localização - Clark

**NOVO!****DOCUMENTAÇÃO TRIDIMENSIONAL**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Protocolo Easy 3 D:</b><br>Tomografia da Face + 9 Fotos<br>+ Análise Easy | <input type="checkbox"/> <b>Protocolo SYM 3D :</b><br>Tomografia da Face + 13 Fotos<br>+ Análise SYM | <input type="checkbox"/> <b>Protocolo SYM 3D Face:</b><br>Tomografia da Face + 13 Fotos<br>+ Escaneamento Intraoral +<br>Escaneamento de face + Análise SYM |
|---|--|---|

**TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO****PEQUENO VOLUME - REGIÃO**

- 
- ATÉ 3 DENTES CONSECUTIVOS**

**MÉDIO VOLUME - ARCO TOTAL**

- 
- MAXILA**
- 
- MANDÍBULA**

**GRANDE VOLUME**

- 
- FACE TOTAL**

Para um estudo mais assertivo do exame, por favor, preencha todos os campos abaixo:

Queixa principal / Motivo do exame: \_\_\_\_\_

Suspeita Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Informações adicionais: \_\_\_\_\_

Uso de medicação: \_\_\_\_\_

**PLANEJAMENTO DE IMPLANTES**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planejamento para colocação de implantes | <input type="checkbox"/> Avaliação de Implante instalado                                  |
| <input type="checkbox"/> Avaliação de enxerto ósseo               | <input type="checkbox"/> Cirurgia guiada (CONFIRMAR SE É NECESSÁRIO ARCO TOTAL OU REGIÃO) |
| <input type="checkbox"/> Avaliação de área doadora para enxerto   | <input type="checkbox"/> Prototipagem   |

**ENDODONTIA**

- 
- Retratamento**
- 
- Início de tratamento**
- 
- Tratamento iniciado com abertura**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anatomia interna e identificação de condutos e variações                   | <input type="checkbox"/> Perfurações radiculares              |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico e localização de lesões periapicais                            | <input type="checkbox"/> Pesquisa de calcificações dos canais |
| <input type="checkbox"/> Planejamento de cirurgias periapicais e comp. do dente (CRD)               | <input type="checkbox"/> Fraturar radicular                   |
| <input type="checkbox"/> Identificação e localização de reabsorções radiculares internas e externas | <input type="checkbox"/> Traumatismo dentário                 |

**CIRURGIA (AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL)**

- 
- Terceiro Molar
- 
- 
- Canino Incluso
- 
- 
- Pesquisa de fratura de face
- 
- 
- Localização de dentes inclusos e supra numerários
- 
- 
- Planejamento Cirúrgico

**PERIODONTIA**

- 
- Perioanálise com medidas - Visualizar tecido mole
- 
- 
- Avaliação de inserção óssea e defeitos ósseos
- 
- 
- Envolvimento de furca
- 
- 
- Lesão endo - Pério

**ORTODONTIA**

- 
- Retratamento
- 
- 
- Avaliação do perfil ósseo alveolar e dentes
- 
- 
- Avaliação para inserção de mini-implantes
- 
- 
- Anquilose dental
- 
- 
- Definição de acesso cirúrgico para tracionamento
- 
- 
- Reabsorção radicular
- 
- 
- Protocolo Marpe
- 
- 
- Documentação Tridimensional

**ATM**

- 
- Morfologia - Aval. dos componentes ósseos da ATM
- 
- 
- Fratura
- 
- 
- Desordens adquiridas
- 
- 
- Alterações degenerativas
- 
- 
- Alterações associadas

**PATOLOGIA**

- 
- Delimitação de processos patológicos
- 
- 
- Acompanhamento e proervação

**SEIOS DA FACE**

- 
- Sinusopatias
- 
- 
- Corpos estranhos

**FORMAS DE ENVIO DO EXAME:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> E-mail / Wetransfer - SL One Volume Viwer         | <input type="checkbox"/> Impresso             |
| <input type="checkbox"/> E-mail / Wetransfer - DICOM para planejar Digital | <input type="checkbox"/> Entregar no dentista |
| <input type="checkbox"/> IDOC - Parecer técnico e imagens em PDF           | <input type="checkbox"/> Retirar              |

**ESCANIEIE-ME**