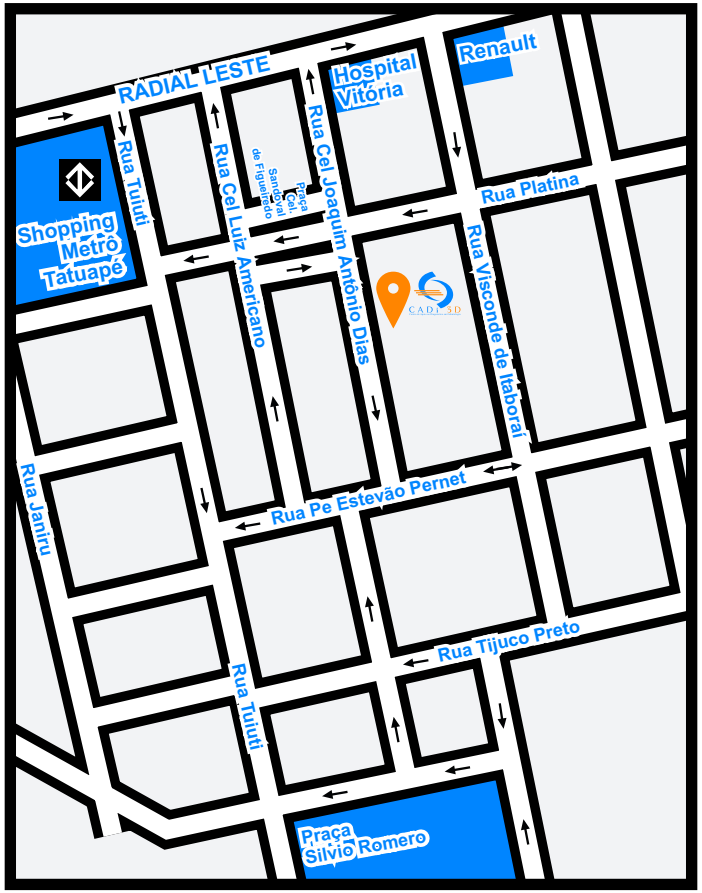
Serviços Complementares

- ☐ Cópia de exame do paciente: _____
  - ☐ Com CD
- ☐ Modelo de Estudo
- ☐ Análise de Modelos
- ☐ Duplicação do Modelo
- ☐ Fotos: ☐ Intraorais (Lado Direito, Frontal, Lado Esquerdo)
  - ☐ Extraorais (Frontal, Sorrindo, Perfil Direito)
  - ☐ Oclusais (Superior, Inferior)
  - ☐ Close-up (Linha do sorriso)
  - ☐ Overjet



Rua Coronel Joaquim Antonio Dias, 265
Tatuapé - São Paulo - SP - CEP: 03308-030

OMEGA Unidade Tatuapé agora é

(11) 2227-2259
(11) 2091-5941
(11) 9 7370-7111

www.cadi3d.com.br

CADi 3D
Centro de Apoio ao Diagnóstico em Odontologia

Guia de Exames

Rua Cel. Joaquim Antonio Dias, 265
Tatuapé - São Paulo

CROSP-CL: 14.919

Diretoras Clínicas

Profa. Dra. Alessandra Coutinho Di Matteo
CROSP: 50.418

Resp. Técnica: Profa. Dra. Thasia Luiz Dias Ferreira
CROSP: 69.711

Informações importantes ao paciente

- Para o agendamento telefônico, tenha sempre em mãos esta guia.
- Horário de atendimento: 2ª a 6ª feira das 8h às 18h e Sábados das 8h às 12h.
- Os valores passados por telefone serão confirmados na recepção mediante apresentação da guia de exames.
- Estacionamento próprio na frente da clínica.
- Se for utilizar convênio, favor informar no agendamento do exame. Levar receituário do dentista assinado e carimbado.

Agendado para dia ___/___/_____, às ___h___.

Dados do Paciente

Nome: _____

Telefone: (__) _____ Celular: (__) _____

Nascimento: ____/____/____ Idade: ____a ____m Sexo: M F

Solicitação dia: ____/____/____

Dados do Cirurgião-Dentista

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____

CEP: _____-_____ Telefone: (__) _____

Especialidade: _____ CRO: _____

E-mail: _____

[ ] Autorizo, a critério do profissional radiologista, complementação de exames radiológicos sem prévio aviso.

Solicito: ☐ Envio de Guias de Exames. ☐ Visita de um representante.

Tomografia Computadorizada Cone Beam

Alta Resolução HD
Baixa Dose de Radiação

Motivo do exame: ☐ Implantes* ☐ Endodontia ☐ Cirurgia

☐ **Localização:** ☐ Dente Incluso ☐ Área Patológica ☐ Fratura

☐ **Outro:** _____

Histórico Clínico: _____

_____

☐ **Maxila Total** ☐ Com guia

☐ **Mandíbula Total** ☐ Com guia

☐ **ATM**

☐ **Região** (1 região = 3 dentes seguidos):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

☐ **Exame Impresso:** ☐ Sem laudo ☐ **Filme Radiográfico** ☐ **Papel Fotográfico** ☐ **Exame em CD** ☐ **Internet**

☐ **Incluir Panorâmica**

☐ **Prototipagem** ☐ Opaca ☐ Transparente

*Veja Documentação Tomográfica

Radiografias Extraorais Digitais

Não é necessário agendar hora

Motivo do exame: _____

☐ **Panorâmica** ☐ Sem laudo ☐ Traçado anatômico ☐ Em oclusão

☐ **Telerradiografia** ☐ Lateral ☐ Frontal

☐ Cefalometria: _____

_____

☐ **Seios da face**

☐ **ATM**

☐ **Mão e Punho (Índice Carpal)**

☐ **Exame em CD** ☐ **Internet**

Radiografias Intraorais Digitais

Motivo do exame: _____

☐ **Periapicais** ☐ Arcos dentários **É necessário agendar hora** ☐ Sem laudo ☐ Regiões assinaladas:

Permanentes

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Decíduos

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

☐ **Interproximais:** ☐ Pré-molares: ☐ Direto ☐ Esquerdo ☐ Molares: ☐ Direto ☐ Esquerdo

☐ **Técnica Localização:** ☐ Clark ☐ Miller-Winter ☐ Outro: _____

☐ **Exame em CD** ☐ **Internet**

Documentações Odontológicas

É necessário agendar hora

☐ **Documentação Inicial** Novo
Panorâmica, PP incisivos, 8 fotos (3 extraorais, 3 intraorais e 2 oclusais).

☐ **Documentação Periodontal** Jejum de 1 hora
Panorâmica, periapicais dos arcos dentários, interproximais, 6 fotos (3 extraorais e 3 intraorais), 1 par de modelos.

☐ **Documentação Tomográfica** Novo
Panorâmica, tomografia regional, 6 fotos (3 extraorais e 3 intraorais). Tomografia: ☐ Região: _____ ☐ Maxila. ☐ Mandíbula.

☐ **Documentação Ortodôntica** Jejum de 1 hora
Panorâmica, telerradiografia (2 traçados cefalométricos), 6 fotos (3 extraorais e 3 intraorais), 1 par de modelos.
☐ Com CD ☐ Padrão Dr._____ ☐ Traçado _____
☐ Fotos oclusais.

☐ **Documentação Personalizada Dr(a).**_____

Observações do profissional: _____

_____