

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

DATA DE NASCIMENTO

/ /

TELEFONE

()

DR. (º)

CRO

ENDEREÇO

TELEFONE P/ CONTATO

()

E-MAIL

☐ ENVIAR REQUISIÇÕES

☐ ENTREGAR O EXAME NO CONSULTÓRIO ☐ PACIENTE RETIRA O EXAME

TOMOGRAFIA CONE BEAM

☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA LOCALIZADA
(Indique a região a ser realizado o corte)

☐ AFASTADOR LABIAL
☐ DICOM NO SITE

☐ AVALIAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES
☐ DENTE INCLUSO E/OU SUPRANUMERÁRIO
☐ FRATURA RADICULAR/ÓSSEA
☐ IMPLANTE
☐ LOCALIZAÇÃO DE CANAIS RADICULARES
☐ PATOLOGIA

D

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

 E

☐ MAXILA COMPLETA (UNIMED 41001281)

☐ MANDÍBULA COMPLETA (UNIMED 41001273)

☐ CAMPO DE VISÃO ESTENDIDO
☐ MEDIDAS PARA IMPLANTES

☐ CAMPO DE VISÃO ESTENDIDO
☐ MEDIDAS PARA IMPLANTES

☐ ATM ☐ OCLUSÃO (UNIMED 41001044)
☐ MÁXIMA ABERTURA (UNIMED 41001044)

☐ SEIOS DA FACE (UNIMED 41001036)

☐ EXAME DIGITAL ☐ EXAME IMPRESSO EM PAPEL FOTOGRÁFICO

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

☐ PANORÂMICA (UNIMED 40801136) ☐ TOPO ☐ 1 : 1
☐ OCLUSÃO ☐ AMPLIAÇÃO 25%

☐ ÍNDICE CARPAL ☐ IDADE ÓSSEA
☐ CURVA DE CRESCIMENTO

☐ TELERRADIOGRAFIA ☐ FRONTAL (PA)
☐ LATERAL (PERFIL) (UNIMED 40801128)

☐ ATM EM OCLUSÃO (MIH) (UNIMED 40801110)

☐ PANORÂMICA P/ IMPLANTE
(Indique a região)

☐ ATM EM MÁXIMA ABERTURA (MA) (UNIMED 40801110)

D

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

 E

☐ EXAME DIGITAL ☐ RAIO-X IMPRESSO ☐ FILME
☐ PAPEL FOTOGRÁFICO

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

CARIMBO E ASSINATURA

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS



☐ PERIAPICAL (Indique a região)

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

☐ PERIAPICAL DENTES DECÍDUOS

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

☐ LEVANTAMENTO PERIAPICAL COMPLETO

☐ INTERPROXIMAL ☐ ANTERIORES ☐ MOLARES ☐ LADO D ☐ LADO E
☐ PRÉ-MOLARES ☐ LADO D ☐ LADO E

☐ OCLUSAL ☐ MAXILAR
☐ MANDIBULAR

☐ EXAME DIGITAL

☐ RAIOS-X IMPRESSO

☐ FILME

☐ PAPEL FOTOGRÁFICO

ESCANEAMENTO INTRAORAL



☐ INVISALIGN ☐ OUTROS ALINHADORES

☐ MODELO IMPRESSO ABS ☐ MONOCROMÁTICO
☐ COLORIDO

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS



☐ **DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA SIMPLIFICADA:** Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, análises cefalométricas, 8 fotografias (intra e extrabucais).

☐ **DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA:** Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, periapicais dos incisivos superiores e inferiores, análises cefalométricas, 8 fotografias (intra e extrabucais).

☐ **DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA:** Radiografia panorâmica, telerradiografia lateral, periapicais dos incisivos superiores e inferiores, interproximais de pré-molares e molares, radiografia de mão e punho com índice carpal, análises cefalométricas, análise de modelos, 8 fotografias (intra e extrabucais).

☐ DOC DIGITAL

☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL

☐ RX IMPRESSO

☐ FILME

☐ PAPEL FOTO

☐ MODELO IMPRESSO ABS

☐ MONOCROMÁTICO

☐ COLORIDO

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS



☐ ADENÓIDES	☐ DOWNS	☐ McNAMARA	☐ TWEED	☐ USP
☐ APNÉIA DO SONO	☐ JARABAK	☐ RICKETTS	☐ UNESP	☐ USP - UNICAMP
☐ BIMLER	☐ LAVERNE PETROVIC	☐ STEINER	☐ UNICAMP	☐ FRONTAL DE RICKETTS

MODELOS ORTODÔNTICOS



☐ MODELO DE ESTUDO EM ABS ☐ ANÁLISE DE MODELOS ☐ BOLTON ☐ PERMANENTE ☐ DENTIÇÃO MISTA

FOTOGRAFIAS



FOTOS EXTRABUCAIS

☐ FRENTE SÉRIA	☐ FRENTE SORRINDO
☐ PERFIL D SÉRIA	☐ PERFIL D SORRINDO
☐ PERFIL E SÉRIA	☐ PERFIL E SORRINDO

FOTOS INTRABUCAIS

☐ OCLUSAL SUPERIOR	☐ LATERAL D
☐ OCLUSAL INFERIOR	☐ LATERAL E
☐ OCLUSÃO ANTERIOR	

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

AGENDE SEU HORÁRIO ATRAVÉS DA NOSSA CENTRAL DE ATENDIMENTO

(55) 3222-0720 / 3222-8976  (55) 99166-8228

DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA

DAS 08:00 ÀS 12:00 e DAS 14:00 ÀS 18:00

CONVENIADO

Unimed 