CIROD
RADIOLOGIA ORAL
www.cirod.com.br

Tecnologia DIGITAL

São Gonçalo:	Rua Salvatori, 40 - sala 1007 - Centro	Tel.: 2712-7819 e 2607-1802
Icaraí:	Rua Tavares de Macedo, 95 - salas 501 e 504	Tel.: 2705-3099 e 2715-4455
Niterói:(Centro)	Rua Dr. Borman, 23 - sala 1006	Tel.: 3607-2222 e 3607-2000
Itaipu:	Shopping Itaipu Multicenter, sala 372	Tel.: 2608-2323 e 2609-5285
Alcântara:	Rua Yolanda Saad Abuzaid, 150 - sala 802	Tel.: 2601-0305 e 2603-9862
Itaboraí:	Rua Dr. Pereira dos Santos, 130 - sala 307	Tel.: 2639-1307 e 2639-0164
Rio:(Centro)	Praça Olavo Bilac, 28 - sala 2014 - Mercado das Flores	Tel.: 3173-4442 e 2717-4443
Alcântara:	Estrada dos Menezes, 850 - sala 1111 - Parque das Águas	Tel.: 2712-1415

REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOGRÁFICO ☐ ENVIAR REQUISIÇÃO

Para:

Dr. (a): Data: / / 20

End.: Tel.:

E-mail: ☐ Entregar no Consultório

☐ Enviar por E-mail ☐ Exame Digital c/ Cópia

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

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

☐ Com laudo

☐ Periapical de um ou mais dentes (assinalar na grade acima) ☐ Milimetrada
☐ Periapical Ampliada
☐ Periapical completo com Bite-wing ☐ S/ Bite-Wing ☐ Milimetrada
☐ Bite-Wing(Interproximal) ☐ Pré-Molar ☐ Molar ☐ Direita ☐ Esquerda
☐ Método de Clark para localização (3 periapicais)(assinale a grade acima)
☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE (Assinalar no verso)
☐ Panorâmica ☐ Oclusão Cêntrica ☐ Traçado p/ Implante
☐ Panorâmica com complementação ☐ Incisivos ☐ Bite wing
☐ ATM ☐ Quatro Tomadas ☐ Seis Tomadas
☐ Oclusal ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Mento-Naso ☐ Fronto-Naso
☐ Punho e mão finalidade ortodôntica ☐ Idade óssea ☐ Curva de Crescimento
☐ Cefalométrica 45% ☐ Direita ☐ Esquerda
☐ Cefalométrica de perfil ☐ sem traçado ☐ com traçado
☐ Cefalométrica ☐ AP ☐ PA ☐ Frontal de Ricketts

CONVÊNIOS

Amil - APPAI - Bradesco - BNDES
Caberj - Care Plus - Cabesp - Cepel
Cedom - EletroNuclear
Eletro Saúde - Dent Cross - Dix
Funcef - Gama - Golden Cross
Infraero - Interlife - Interodonto
Inpao - Life Empresarial - Metlife
Medical - Odonto Empresa
NaOdonto - Odontoprev - Petrobrás
Prevident - Prima Vida - Prodente
Porto Seguro - Sempre Odonto
Semeg - Sorriso - Sul América
Tempo Dental - Uniodonto
Unimed Odonto - Rede Unna

☐ Ricketts ☐ Steiner ☐ USP ☐ Jarabak ☐ Mc Namara ☐ Tweed ☐ Unicamp
☐ Ibeo ☐ Bimler ☐ Unigranrio ☐ Trevisi ☐ Delmanto ☐ Downs ☐ Adenóides
☐ Irrupção 3º molar ☐ Petrovic ☐ Profis ☐ Schwars ☐ Vias aéreas ☐ Outras

☐ Modelo de estudo ☐ Gesso ☐ Acrílico ☐ Modelo de trabalho
☐ CD ☐ Pasta ☐ Discrepância de modelo ☐ Análise de Bolton

FOTOS:
Fotografia extra-oral ☐ Frente ☐ Perfil direito ☐ Perfil esquerdo ☐ Frente sorriso amplo
Fotografia intra-oral ☐ Frente ☐ Perfil direito ☐ Perfil esquerdo ☐ Oclusal superior ☐ Oclusal inferior
Fotografia ☐ Overjet Direito ☐ Overjet Esquerdo ☐ Análise Facial Frontal ☐ Análise Facial de Perfil

☐ Entregar no consultório Ass.

Recebi o(s) exame(s) em: / / Ass.

*** D = Radiologia Digital**
*** Convênio necessita de solicitação de exame em receituário próprio do dentista, com carimbo, data e assinatura.**
*** Os preços fornecidos por telefone, serão confirmados na recepção mediante a requisição.**

Grafica 9913-4116
rapozell@hotmail.com

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO VERSO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

DIGITAL

Icaraí:	Rua Tavares de Macedo, 95 - salas 501 e 504	Tel. 2705-3099 e 2715-4455
Niterói (Centro)	Rua Dr. Borman, 23 - sala 1006	Tel. 3607-2222 e 3607-2000
Itaipu:	Shopping Itaipu Multicenter, sala 372	Tel. 2608-2323 e 2609-5285
Alcântara:	Rua Yolanda Saad Abuzaid, 150 - sala 802	Tel. 2601-0305 e 2603-9862
Itaboraí:	Rua Dr. Pereira dos Santos, 130 sala 307	Tel. 2639-1307 e 2639-0164
Rio (Centro)	Praça Olavo Bilac 28 - sala 2014 - Mercado das Flores	Tel. 3173-4442 e 2717-4443

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

OPÇÕES DE ENTREGA
☐ PAPEL FOTOGRÁFICO
☐ FILME (DRY)
☐ EMAIL
☐ CONSULTÓRIO
☐ RETIRADA PELO PACIENTE
☐ DENTAL SLICE
☐ ICAT VISION
☐ DICOM

EXAME
☐ MAXILA COMPLETA
☐ MANDÍBULA COMPLETA
☐ REGIÕES E/OU DENTES ESPECÍFICOS (ASSINALAR NO ODONTOGRAMA)
☐ ATM ☐ BOCA ABERTA ☐ BOCA FECHADA

PROTOTIPAGEM
☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA
☐ COMUM ☐ ESTENDIDA
☐ OPACO ☐ TRANSPARENTE

Motivo do Exame:

OBSERVAÇÕES

EM CASO DE IMPLANTES, FAVOR INFORMAR A REGIÃO DO(S) ELEMENTO(S) DENTÁRIO(S). O USO DOS GUIAS TOMOGRÁFICOS É DE GRANDE AJUDA NA PRECISÃO DAS ÁREAS DE INTERESSE.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS E RADIOGRAFIAS ANTERIORES SERÃO DE GRANDE IMPORTÂNCIA NA CONFECÇÃO DOS LAUDOS.

DADOS CLÍNICOS / RAZÃO DO EXAME:

NUMERO DO EXAME: DATA DE NASC. / /

TEL.: IDADE:

FORMA DE PAGAMENTO: ☐ CHEQUE ☐ DINHEIRO ☐ CONVÊNIO