

Dados do paciente / profissional

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo da requisição: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Solicitado por dr(a).: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Enviar blocos de pedido

Intrabucais

Periapicais  Dos dentes assinalados

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

Bite Wing (interproximais)  Total (PM e Molares)

Pré-molares  Direito  Esquerdo  Molares  Direito  Esquerdo

Radiografia Oclusal  Maxila  Mandíbula  Região \_\_\_\_\_

Técnica de localização  Dente retido  Região \_\_\_\_\_

Corpo estranho  Região \_\_\_\_\_

Extrabucais

Panorâmica  Boca semi-aberta  Em oclusão dental  Com traçado para implante

Telerradiografia lateral  Análise cefalométrica (Obs.: Assinalar no campo 'Análises' no verso deste pedido de exame.)

Radiografia carpal  Com índice carpal  Com curva de crescimento

ATM  Transfacial (2 posições)

Radiografia frontal P.A.  Cefalométrica  Apoio frontonasal  Apoio mentonasal

**Entrega**

Gravar em CD (exame com Certificação Digital)

Enviar por e-mail (exame com Certificação Digital)

Impresso em filme radiográfico

Documentação ortodôntica / marcações avulsas ou complementares

Documentação ortodôntica padrão

Panorâmica, telerradiografia lateral, modelo de estudo, 06 fotos (03 intra-bucais e 03 extra-bucais), 01 ficha de identificação, análises cefalométricas, calxa e pasta.

**Complementos**

FOTOS (Marcar no campo 'Fotos' abaixo)

Fichas complementares (Exame oral e facial, tratamento, intervenções, pagamento)

Periapicais dos incisivos (2)

Análise facial 0 \_\_\_\_ mm N \_\_\_\_ mm

Análise modelo

**Modelo**

Estudo  Trabalho  Gnatostático

**Fotos**

3 extrabucais  3 intrabucais  2 oclusais  outros \_\_\_\_\_

**Entrega**

Gravar em CD (exame com Certificação Digital)

Enviar por e-mail (exame com Certificação Digital)

Impresso em filme radiográfico

Análises

Padrão USP  Profis  Bimler  Unicamp  Sassouni

Lavergne-Petrovic  Ricketts  Downs  Jarabak  McNamara

Trevisi  Delmanto  Schwarz  Vias aéreas (adenóides)  Previsão de erupção dos 3º molares

Steiner  Tweed  Rocabado (visualizar 7ª vértebra)

Outros \_\_\_\_\_

Informações ao paciente

- a duração do exame dependerá do grau de dificuldade de cada procedimento;
- prender os cabelos de preferência com elástico ou prendedor (sem metal) e retirar o batom;
- retirar brincos, correntinhas e outros adornos de cabelo, orelha e face;
- aparelhos móveis, próteses e óculos deverão ser retirados no momento do exame;
- desligar o celular.

- Atendimento com hora marcada

- O pagamento deverá ser efetuado no ato do exame.

- Os valores informados por telefone são estimados e serão confirmados na recepção da Clínica Sigma através da requisição.

Atendimento

8 às 18h - Segunda a sexta-feira | 8 às 12h - sábados alternados

Cartões: VISA | MASTER | AMERICAN EXPRESS

ATENDEMOS CONVÊNIOS

