



CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

ITABUNA

☎ (73) 3617-6589 | 99971-2424

Centro Médico Artumiro Fontes

Atendimento das 08:00 às 18:00h – Não fechamos para almoço.

☎ (73) 3211-0118

Rua Ruffo Galvão, 101

Atendimento das 08:00 às 12:00h – das 13:30h às 18:00h

ILHÉUS

☎ (73) 3633-7070 | 99978-2424

Edf. Cidade de Ilhéus - Sala 306

Atendimento das 08:00 às 18:00h – Não fechamos para almoço.

☎ (73) 3231-2432 | 99922-2121

Praça Misael Tavares, 336 - Bairro Cidade Nova

Atendimento das 08:00 às 12:00h – das 13:30h às 18:00h

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CONE BEAM)

RADIOLOGISTAS

Dr. Antônio Sardinha

CRO-BA 2040

Dra. Raphaela R. Dantas

CRO-BA 14002

Dra. Claudine Oliveira

CRO-BA 3408

Dr. Rafael José Farias

CRO-BA 17654



EXAME DIGITAL
MAIOR NITIDEZ
E SUSTENTAVEL

SOLICITAÇÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS

PACIENTE:

FONE

DATA DE NASC.

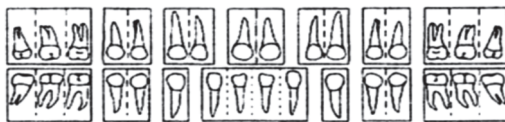
IDADE

CPF

EXAMES INTRA-BUCAIS

Assinale as regiões a serem radiografadas e selecione o tipo de exame.

D



E

☐ PERIAPICAL DENTES ASSINALADOS

☐ LEVANTAMENTO PERIAPICAL (BOCA TODA)

☐ TÉCNICAS DE LOCALIZAÇÃO

PARA OBSERVAR _____

☐ INTERPROXIMAL

☐ MOLARES

☐ DIREITO

☐ ESQUERDO

☐ PRÉ-MOLARES

☐ DIREITO

☐ ESQUERDO

☐ OCLUSAL

☐ SUPERIOR

☐ PARA OBSERVAR _____

☐ INFERIOR

EXAMES EXTRA-BUCAIS

☐ PANORÂMICA ☐ TOPO (melhor nitidez)

☐ OCLUSÃO

☐ PANORÂMICA PARA IMPLANTE (Assinalar Região)

D

8 7 6 5 4
8 7 6 5 4

3 2 1
3 2 1

1 2 3
1 2 3

4 5 6 7 8
4 5 6 7 8

E

☐ ATM ☐ D ☐ E (BOCA ABERTA E FECHADA)

☐ MÃO E PUNHO (IDADE ÓSSEA)

☐ TELERADIOGRAFIA ☐ FRONTAL (P.A)

☐ (P.A) SEIO MAXILAR

☐ LATERAL

☐ OUTRA _____

☐ TELERADIOGRAFIA FRONTAL COM ANÁLISE CEFALOMÉTRICA COMPUTADORIZADA DE RICKETTS

☐ TELERADIOGRAFIA LATERAL COM ANÁLISE CEFALOMÉTRICA COMPUTADORIZADA DE:

☐ UNICAMP ☐ STEINER - TWEED ☐ USP ☐ RICKETTS ☐ BIMLER ☐ MC NAMARA

☐ LAVERGNE - PETROVIC ☐ ANÁLISE DE VIA NASO-FARINGE (ADENOÍDE)

☐ JARABAK ☐ PROFIS ☐ SASSOUNI ☐ TREVISI ☐ CENO ☐ OUTRA _____

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

☐ MODELO ORTODÔNTICO

☐ ZOCALADO

PERFIL (ROSTO) ☐ D ☐ E

☐ GESSO ☐ RESINA

☐ RECORTADO

FRENTE (ROSTO) ☐

☐ TRABALHO

SORRINDO (ROSTO) ☐

FOTOS

INTRABUCAIS ☐ OCLUSÃO ☐ D ☐ E

OCUSAIS ☐ SUP ☐ INF

OVERJET ☐

☐ CAIXA

☐ PASTA

ESCANEAMENTO

☐ INVISALIGN

☐ OUTRO ALINHADOR _____

OBS.:

DR.:

FONE:

DATA:

EMAIL DO DENTISTA SOLICITANTE:

☐ MANDAR MAIS FORMULÁRIOS

TOMOGRAFIA NO VERSO



TOMOGRAFIA DE CONE BEAM



EXAME DIGITAL
MAIOR NITIDEZ
E SUSTENTAVEL

☐ ENVIAR DICOM ☐ DENTAL SLICE

IMPLANTODONTIA

☐ MAXILA TOTAL ☐ ZIGOMÁTICO

☐ MANDÍBULA TOTAL

☐ PEQUENO VOLUME 4x4cm REGIÃO

D

8	7	6	5	4
8	7	6	5	4

3	2	1
3	2	1

1	2	3
1	2	3

4	5	6	7	8
4	5	6	7	8

 E

JUSTIFICATIVA _____

CIRURGIA GUIADA (TOMOGRAFIA FEITA COM AFASTADOR LABIAL - EM DESOCCLUSÃO)

☐ TOMOGRAFIA MAXILA TOTAL (DICOM) + ESCANEAMENTO INTRAORAL (STL)

☐ TOMOGRAFIA MANDÍBULA TOTAL (DICOM) + ESCANEAMENTO INTRAORAL (STL)

☐ TOMOGRAFIA ARCADEA COM A PRÓTESE (DICOM) + TOMOGRAFIA DA PRÓTESE /
GUIA COM MARCAÇÕES - PARA EDENTULO TOTAL

CIRURGIA

☐ RELAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES COM CANAL MANDIBULAR

☐ RELAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES COM O SEIO MAXILAR

☐ DENTE INCLUSO OU SUPRANUMERÁRIO OBS.: _____

☐ LESÃO PATOLÓGICA OBS.: _____

ENDODONTIA PEQUENO VOLUME (4x4cm) EM HD (MELHOR NITIDEZ)

☐ PESQUISA DE CANAIS

☐ PESQUISA DE PERFURAÇÃO RADICULAR

☐ PESQUISA DE FRATURA RADICULAR

☐ REABSORÇÃO COROA/RAIZ

JUSTIFICATIVA _____

PERIODONTIA

☐ AVALIAÇÃO DE PERDA ÓSSEA ALVEOLAR

☐ GUIADA PARA AUMENTO COROA CLÍNICA E ESTÉTICA

☐ AVALIAÇÃO ENVOLVIMENTO ENDO-PERIODONTAL

☐ ENVOLVIMENTO DE FURCA

JUSTIFICATIVA _____

ATM

☐ BOCA FECHADA

☐ BOCA ABERTA

OBSERVAÇÃO _____

ORTODONTIA

☐ AVALIAÇÃO DE TÁBUAS ÓSSEAS

☐ DENTE RETIDO

OBSERVAÇÃO _____

PROTOTIPAGEM

☐ MAXILA

☐ MANDÍBULA

☐ FACE

☐ TRANSPARENTE

☐ ÓPACA

☐ MAXILA ESTENDIDA

☐ MANDÍBULA ESTENDIDA

Em Itabuna operamos com o tomógrafo Veraview X800 - J. Morita (alta definição)

Em Ilhéus operamos com os tomógrafos Veraview X800 - J. Morita (alta definição) e Sirona

Os valores dos exames informados por telefone estão sujeitos a confirmação na recepção.

www.croiagem.com.br