



Dados do Paciente

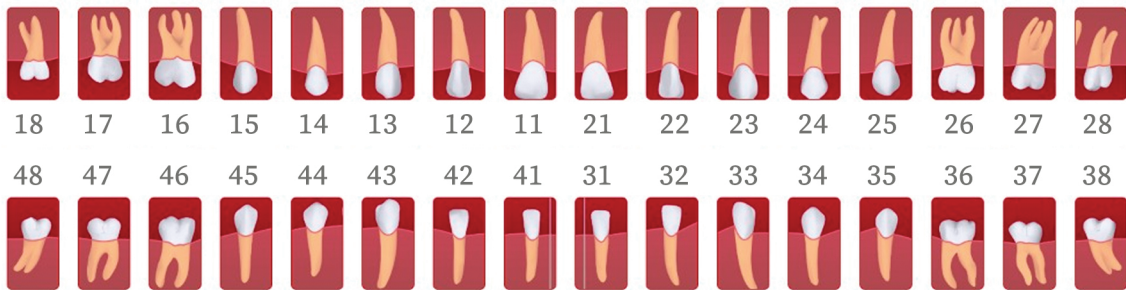
NOME COMPLETO: _____
 DATA DE NASCIMENTO: _____
 TELEFONE: () _____
 EMAIL: _____

Dados do Profissional

NOME COMPLETO: _____
 ENDEREÇO: _____
 TELEFONE: () _____
 EMAIL: _____

 CARIMBO E ASSINATURA

TOMOGRAFIA MULTISLICE ODONTOLÓGICA



PLANEJAMENTO DE IMPLANTES

- MAXILA COMPLETA
- AVALIAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO
- MANDÍBULA COMPLETA
- REGIÕES ASSINALADAS
- NUMERO DE REGIÕES/TOTAL DE IMPLANTES

ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

- BOCA ABERTA
- BOCA FECHADA
- BOCA ABERTA E FECHADA

CIRURGIA E DEMAIS PATOLOGIAS

- DENTE INCLUSO E/OU SUPRANUMERÁRIO (ASSINALAR REGIÃO)
- PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA
- TERCEIROS MOLARES/RELAÇÃO COM O CANAL MANDIBULAR
- OUTROS _____

ENDODONTIA

- DILACERAÇÃO RADICULAR
- PESQUISA DE PERFURAÇÃO RADICULAR
- PESQUISA DE FRATURA DENTÁRIA E/OU RADICULAR
- OUTRA PESQUISA _____

ORTODONTIA

- AVALIAÇÃO DAS TÁBUAS ÓSSEAS VESTIBULAR E PALATINA E/OU LINGUAL
- AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO DOS DENTES SUPERIORES COM O SEIO MAXILAR
- OUTROS _____

BIOMODELO (IMPRESSÃO 3D) FILAMENTO RESINA

- MAXILA
- MANDÍBULA
- MODELO ORTOGNÁTICO
- MAXILA SUPER ESTENDIDA (ATÉ GLABELA)
- MAXILA-FACE COMPLETA
- DENTES INCLUSOS (Nº DOS DENTES) _____