

RADIOLÓGICA AZUIR LESSA

DIAGNÓSTICO EM ODONTOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

NOME:

DATA NASC.: / /

TELEFONE:

E-MAIL:

DADOS DO PROFISSIONAL

NOME:

CRO:

TELEFONE:

E-MAIL:



DATA DA SOLICITAÇÃO

/ /

☐ Enviar requisição de exames

CARIMBO E ASSINATURA DO DENTISTA

REQUISIÇÃO DE EXAMES

RADIOLOGIA DIGITAL

PANORÂMICA DOS MAXILARES

☐ CONVENCIONAL ☐ EM OCLUSÃO

CEFALOMÉTRICA

☐ PERFIL ☐ FRONTAL ☐ PERFIL C/COLUNA CERVICAL(C7)

OUTRAS INCIDÊNCIAS

☐ RADIOGRAFIA DA ATM
☐ MÃO E PUNHO (carpal)
☐ PA DE MANDÍBULA ☐ Em oclusão ☐ Boca aberta

RADIOGRAFIAS INTRAORAIS

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

PERIAPICAL

☐ CONVENCIONAL
☐ FICHA PERIAPICAL COMPLETA (14)
☐ FICHA PERIAPICAL COMPLETA (14) + INTERPROXIMAIS (4)
☐ CLARK ☐ Região: _____

INTERPROXIMAIS

☐ MOLARES ☐ D. ☐ E.
☐ PRÉ- MOLARES ☐ D. ☐ E.

OCUSAIS

☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

FOTOGRAFIA

☐ FRENTE - PERFIL (extrabucal)
☐ FRENTE - PERFIL - SORRINDO (extra bucal)
☐ FRENTE - LATERAL D e E (intra bucal)
☐ OCLUSAL SUPERIOR E INFERIOR (intra bucal)

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

☐ USP	☐ ROTH JARABAK
☐ UNICAMP	☐ MCMANARA
☐ USP/UNICAMP	☐ RICKETTS FRONTAL
☐ RICKETTS PERFIL	☐ PROFIS
☐ BIMLER	☐ PADRÃO FOR
☐ OUTRAS (sob consulta)	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA ☐ ATM

FINALIDADE DO EXAME:

☐ PLANEJAMENTO DE IMPLANTES
☐ ENDODONTIA (40X40 - 0,08mm)
☐ Pesquisa de fratura ☐ Planejamento cirúrgico
☐ Estudo de lesões periapicais ☐ Estudo da anatomia
☐ PERIODONTIA
☐ Avaliação de inserção óssea ☐ Lesão endoperiodontal
☐ Envolvimento de furca
☐ CIRURGIA
☐ Dente incluso ☐ Trauma
☐ Patologia
☐ ORTODONTIA
☐ Inserção de mini implante ☐ Avaliação de tábuas ósseas
☐ ATM
☐ Morfologia ☐ Patologia ☐ Fratura

ASSINALAR REGIÃO:

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

APRESENTAÇÃO DA TOMOGRAFIA:

☐ FILME ☐ DIGITAL
☐ DICOM ☐ DENTAL SLICE

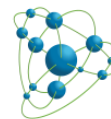
DADOS CLÍNICOS

ESCANEAMENTO INTRAORAL

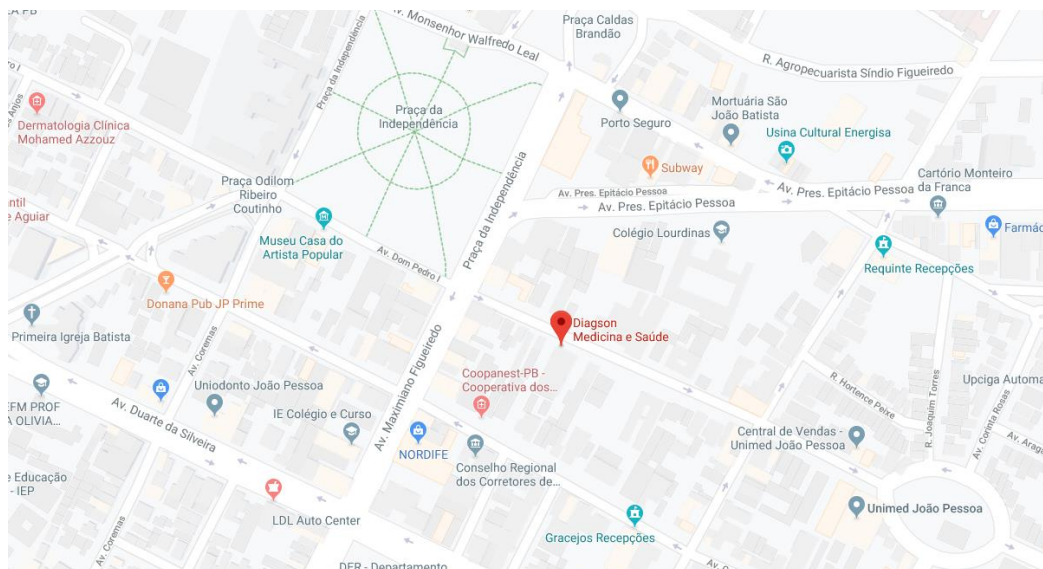
☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA
☐ Modelo digital ☐ Modelo impresso

DIAGSON :

Av. Mal. Deodoro da Fonseca, n° 134 - Torre, João Pessoa - PB, 58013-476.



DIAGSON
MEDICINA E SAÚDE



CONTATOS

(83) 3021-2927

(83) 99146-8509 (WhatsApp)

HORÁRIOS

Segunda a sexta: 8:00 às 18:00

Sábado: 8:00 às 12:00

Site: www.diagsonodonto.com.br



Instagram: [diagsonodonto](https://www.instagram.com/diagsonodonto)



E-mail: diag.odonto@hotmail.com



CONVÊNIOS



ASSEFAZ



Exames disponíveis em : www.diagsonodonto.com.br