



MELISSA VASCONCELLOS RAYMUNDO
Especialista em Radiologia - UFRJ

RUBENS RAYMUNDO JUNIOR
Prof. de Radiologia - UFRJ - UVA
Mestre em Diagnóstico Oral - Bauru - USP
Livre Docente Radiologia - UERJ

DENYS VASCONCELLOS RAYMUNDO
Especialista em Radiologia - UFRJ

REQUISIÇÃO DE EXAMES RADIOGRÁFICOS, DOCUMENTAÇÕES E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (NEWTOM)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____
NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M F TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

REQUISITANTE:

DR (a): _____
CRO-RJ: _____ e-mail: _____
END: _____
BAIRRO: _____ TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

**AGORA TAMBÉM EM IPANEMA:
SOMENTE TOMOGRAFIA**

CARIMBO E ASSINATURA Dr(a)

() COM LAUDO () SEM LAUDO - Entrega em 15 minutos após o término do exame (exceto Documentações, Traçados e Tomografias Computadorizadas)

EXAMES RADIOGRÁFICOS:

- PERIAPICAL ISOLADO - ASSINALAR ABAIXO
- PERIAPICAL COMPLETO COM INTERPROXIMAIS (BITE-WINGS)
- PERIAPICAL COMPLETO
- INTERPROXIMAIS DIREITA ESQUERDA
- OCLUSAL SUPERIOR OBLÍQUA - VISÃO TOPOGRÁFICA
- INFERIOR ORTOGONAL - LOCALIZAÇÃO V-L
- PANORÂMICA
- PANORÂMICA COM COMPLEMENTAÇÃO (INCISIVOS E BITE-WINGS)
- PANORÂMICA - AMPLIAÇÃO VERTICAL CONSTANTE DE 25% - IMPLANTE
- CEFALOMÉTRICA DE PERFIL
- CEFALOMÉTRICA EM PA
- CEFALOMÉTRICA 45° DIREITA ESQUERDA
- PUNHO E MÃO - FINALIDADE ORTODÔNTICA - IDADE ÓSSEA
- PA PARA SEIOS MAXILARES - MENTO NASO
- SUBMENTO-VÉRTIX (HIRTZ) - VISÃO ARCO ZIGOMÁTICO
- ATM - SERIOGRAFIA (BOCA FECHADA, REPOUSO E ABERTA)
- OUTROS _____

Paralelismo
 Grade Milimetrada

Com Traçado

ANÁLISES COMPUTADORIZADAS:

CEFALOMÉTRICA DE PERFIL

- ADENÓIDES
- ALEXANDER
- BIMLER
- B.JORK-JARABAK
- DELMANTO
- DOWNS
- ERUPÇÃO DO TERCEIRO MOLAR
- I.B.E.O
- JARABAK
- M.A

- MACIEL
- M.C
- MCNAMARA
- OLMOS
- ORTHOMAX
- PETROVIC
- PROFIS
- RICKETTS
- ROCABADO
- SASSOUNI

- SCHWARZ
- SEQUENCIADA
- STEINER
- TIP-EDGE
- TP ORTHODONTICS
- TREVISI
- TWEED
- UNICAMP
- USP
- VALIERI

CEFALOMÉTRICA PA

- RICKETTS FRONTAL

RADIOGRAFIA PUNHO E MÃO

- IDADE ÓSSEA (ÍNDICE CARPAL)

EM FOTOGRAFIA

- ANÁLISE FACIAL FRONTAL
- ANÁLISE FACIAL LATERAL

ESTUDO DE MODELOS

- MISTA
- PERMANENTE
- BOLTON

DOCUMENTAÇÕES:

- MODELOS DE ESTUDO
- MODELOS DE TRABALHO

FOTOS / SLIDES

- | INTRA-ORAIS | FOTO | SLIDE |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| OCCLUSÃO ANTERIOR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OCCLUSÃO DIREITA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OCCLUSÃO ESQUERDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OCCLUSAL SUPERIOR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OCCLUSAL INFERIOR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OVERJET | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OVERBITE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | EXTRA-ORAIS | FOTO | SLIDE |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| FRENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FRENTE SORRINDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL DIREITO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL DIREITO SORRINDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL ESQUERDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL ESQUERDO SORRINDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- PASTA PERSONALIZADA
- DOCUMENTAÇÃO DIGITAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (NEWTOM)

Finalidade do exame, histórico clínico e observações _____

FORMATO DE ENTREGA DO EXAME:

IMPRESSO CD - DENTAL SLICE

PLANEJAMENTO DE IMPLANTES:

- MAXILA COMPLETA
- MANDÍBULA COMPLETA
- REGIÕES ASSINALADAS ABAIXO
- CIRURGIA GUIADA

DIAGNÓSTICO DE ATM:

- BOCA FECHADA
- BOCA ABERTA

PERIODONTIA:

- AVALIAÇÃO DE PERDA ÓSSEA ALVEOLAR (assinalar abaixo)
- ENVOLVIMENTO DE FURCA (assinalar abaixo)
- AVALIAÇÃO DE ENVOLVIMENTO ENDOPERIODONTAL

ENDODONTIA:

- PESQUISA DE FRATURA DENTÁRIA (assinalar abaixo)
- PESQUISA DE PERFURAÇÃO RADICULAR (assinalar abaixo)

CIRURGIA:

- DENTE INCLUSO E/OU SUPRANUMERÁRIO (assinalar abaixo)
- PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA - região _____
- TERCEIROS MOLARES (assinalar abaixo)
 - RELAÇÃO COM O CANAL MANDIBULAR
 - RELAÇÃO COM O SEIO MAXILAR

PROTOTIPAGEM:

- MAXILA COMUM OPACO
- MANDÍBULA ESTENDIDA TRANSPARENTE

ORTODONTIA/ODONTOPEDIATRIA:

- AVALIAÇÃO DE TÁBUAS ÓSSEAS VESTIBULARES E LINGUAIS
- AVALIAÇÃO DA INTERCUSPIDAÇÃO DENTÁRIA - CHAVE DE OCCLUSÃO
- MEDIÇÃO DOS DIÂMETROS MÉSIO-DISTAIS DE CANINOS E PRÉMOLARES

OUTRAS INDICAÇÕES:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

OBS.: _____

OS VALORES INFORMADOS POR TELEFONE DEVERÃO SER CONFIRMADOS MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À SEXTA DAS 8H ÀS 18:30H (MARCAR HORA)

Tijuca - Rua Almirante Cochrane, 35 - CEP 20550-040 - Rio de Janeiro - RJ Tels.: (0xx21) 2567-1363 / 2204-2194 / 9855-2909

Ipanema - Rua Visconde de Pirajá, 463 - 207 - CEP 22410-003 - Rio de Janeiro - RJ Tels.: (0xx21) 2239-4798 / 2239-0463

www.rorj.com.br / e-mail: rorj@rorj.com.br