

Data: ____ | ____ | ____ Horário: ____ : ____

Paciente: _____ Dr.: _____ CRO: _____

Data de nascimento: ____ | ____ | ____ End: _____

Tel: () _____ Cel: () _____ Tel/Cel: () _____

OS VALORES DOS EXAMES, INFORMADOS POR TELEFONE, SERÃO CONFIRMADOS EM NOSSA RECEPÇÃO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO.

ESTA REQUISIÇÃO NÃO É ACEITA PELOS CONVÊNIOS. Para que o atendimento seja realizado, é **obrigatório** que o pedido do exame esteja em **receituário timbrado, assinado, e carimbado legivelmente** pelo dentista.

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA:

☐ Ortodôntica Padrão

TELERRADIOGRAFIA, TRAÇADO CEFALOMÉTRICO PANORÂMICA, MODELOS, 5 FOTOS INTRA-BUCAIS, 3 FOTOS EXTRA-BUCAIS, IMPRESSOS, PASTA E CAIXA.

☐ EM CD

☐ CEFALOGRAMA DE _____

☐ Ortodôntica Padrão Digital

(Disponível somente pelo site, aplicativo ou e-mail)

TELERRADIOGRAFIA, TRAÇADO CEFALOMÉTRICO PANORÂMICA, 5 FOTOS INTRA-BUCAIS, 3 FOTOS EXTRA-BUCAIS E ARQUIVO STL DO MODELO.

☐ CEFALOGRAMA DE _____

DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADOR ORTODÔNTICO:

☐ Panorâmica + Telerradiografia com traçado + Escaneamento intra-oral + 8 fotos (3 extra-bucais e 5 intra-bucais)

☐ Escaneamento intra-oral (somente arquivo .STL)

Marque o alinhador: ☐ INVISALIGN (UN. ARABELLA) ☐ CLEAR CORRECT ☐ ORTHO ALIGNER ☐ EASY SOLUTION ☐ OUTRO _____

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA TRIDIMENSIONAL (Unidade Itaipava)

☐ Protocolo SYM 3D

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO TOTAL + 10 FOTOS + ESCANEAMENTO INTRA-ORAL + ANÁLISE SYM + MODELO IMPRESSO EM 3D

☐ Protocolo RITE

TOMOGRAFIA CRÂNIO TOTAL + ANÁLISE RITE

Intra-bucais

☐ Periapical

- ☐ TOTAL (RADIODÔNTICA)
☐ MILIMETRADA
☐ DENTES ASSINALADOS

DIREITO	55 54 53 52 51										61 62 63 64 65										ESQUERDO		
	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											

☐ Bitewing (interproximal)

☐ MOLARES () D () E ☐ PRÉ-MOLARES () D () E

☐ Oclusal

☐ MAXILA ☐ TOTAL ☐ PARCIAL
☐ MANDÍBULA

REGIÃO _____

☐ Técnica de Clark ☐ REGIÃO _____

☐ MOTIVO _____

Tipos de Traçado

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ ARNETT | ☐ FMP | ☐ SCHWARZ |
| ☐ ANÁLISE FACIAL | ☐ JARABAK ROTH | ☐ STEINER |
| ☐ ADENÓIDE | ☐ MCNAMARA | ☐ TWEED |
| ☐ APNÉIA DO SONO | ☐ PROFIS | ☐ UNICAMP |
| ☐ BIMLER | ☐ RICKETTS | ☐ USP |
| ☐ DOWNS | ☐ ROCABADO | ☐ USP/UNICAMP |
| ☐ DELMANTO | ☐ SASSOUNI | ☐ OUTROS: _____ |

Extra-bucais

☐ Panorâmica

☐ Panorâmica com complementação de incisivos

☐ Panorâmica para implantes REGIÃO: _____

☐ Telerradiografia ☐ LATERAL ☐ SEM TRAÇADO
☐ FRONTAL ☐ COM TRAÇADO: _____

☐ A.T.M. (PLANIGRAFIA DIREITA/ESQUERDA (FECHADA/ABERTA))

☐ Carpal (idade óssea/Mão e Punho)

☐ P.A. ☐ SEIOS MAXILARES (WATERS)
☐ FRONTAL (CALDWELL)

☐ Fotos

☐ Extra-bucais

☐ Intra-bucais

- | | |
|---|---|
| ☐ FRONTAL | ☐ FRONTAL |
| ☐ PERFIL () D () E | ☐ PERFIL () D () E |
| ☐ SORRISO | ☐ OCL. SUPERIOR |
| ☐ PERFIL APROXIMADO | ☐ OCL. INFERIOR |
| ☐ CORPO INTEIRO | |

☐ Escaneamento Intra-Oral (envio somente do arquivo .STL)

☐ Modelos

IMPRESSOS EM 3D SOMENTE UNIDADES PETRÓPOLIS

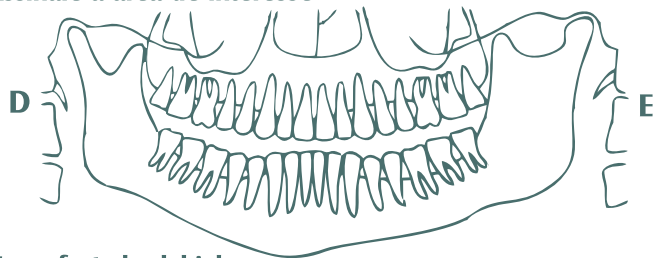
- | | |
|--|--|
| ☐ ESTUDO ZOCALADO
(IMPRESSO 3D RESINA) | ☐ ESTUDO ZOCALADO
(GESSO - UN. SÃO JOSÉ) |
| ☐ TRABALHO
(IMPRESSO 3D RESINA) | ☐ TRABALHO
(GESSO - UN. SÃO JOSÉ) |

☐ Análise ☐ MOYERS ☐ BOLTON ☐ DISCREPÂNCIA DE MODELOS

☐ Enviar blocos de requisição.

Tomografia Computadorizada Cone Beam

☐ Assinalar a área de interesse



☐ Usar afastador labial

FINALIDADE DO EXAME: _____

Planejamento de Implante

☐ Maxila Completa

☐ Mandíbula Completa

☐ COM GUIA TOMOGRÁFICO

☐ SEM GUIA TOMOGRÁFICO

☐ Região: _____

☐ Avaliação de enxerto ósseo

Cirurgia Guiada

(Planning Center _____)

☐ Maxila

☐ Mandíbula

☐ Guiada parcial (Dentosuportada)

(DICOM DA ARCADA COMPLETA COM AFASTADOR LABIAL, STL MAXILA E MANDÍBULA)

☐ Guiada arco total (Mucosuportada)

(DICOM DA ARCADA COMPLETA COM GUIA/PRÓTESE BEM REEMBASADA, COM MARCAÇÃO E REGISTRO + DICOM DE GUIA/PRÓTESE)

Cirurgia

☐ Localização tridimensional de dente incluso /

supranumerário Região: _____

☐ Terceiros molares Elementos: _____

☐ Patologia Relatar o caso: _____

☐ Pesquisa de fraturas da face



contato@rrimagem.com.br  

 www.rrimagem.com.br

Endodontia

☐ Pesquisa de Fratura

☐ Avaliações de Lesões periapicais

☐ Avaliação da anatomia radicular

☐ Avaliação de perfuração

Periodontia

☐ Avaliação de inserção óssea

☐ Envolvimento de furca

☐ Lesões endo-periodontais

☐ Avaliação de tecido gengival

A.T.M.

☐ Morfologia

☐ Patologia / Fratura

☐ ABERTA

☐ FECHADA

☐ ABERTA/FECHADA

Ortodontia

☐ Análise de desenvolvimento / Erupção

☐ Avaliação das tábuas ósseas e dentes

☐ Avaliação para inserção de mini implantes

☐ Avaliação das vias aéreas

Placa de Bruxismo

☐ Escaneamento (somente arquivo .STL)

☐ Escaneamento + Placa bruxismo

Forma de Entrega

CD

☐ PREXION 3D VIEWER (un. Pedro II)

☐ CS 3D IMAGING (un. Arabella)

☐ ON DEMAND

☐ DICOM

☐ DENTAL SLICE

IMPRESSO

☐ PAPEL FOTOGRÁFICO

☐ FILME

Prototipagem

☐ MAXILA

☐ MAXILA ESTENDIDA

☐ MANDÍBULA

☐ Opaco ☐ Transparente

TODOS OS EXAMES SÃO
DISPONIBILIZADOS NA ÁREA DO DENTISTA
(NO SITE DA RR IMAGEM)
AUTOMATICAMENTE, SEM A NECESSIDADE
DE SOLICITAÇÃO. ACESSE NOSSO SITE.



Baixe um leitor
QR Code no celular,
fotografe o código e
veja mais informações
através do nosso site.

Centro Shopping Pedro II
Rua do Imperador, 288, sala 302
Centro - Petrópolis - RJ
(24) 2237-0160 | 2237-1618
☎ 98134-7935

2ª à 6ª - 8h30 às 19h
sábados - 8h30 às 13h

Centro Arabella
Rua do Imperador nº 675, slj. 02
Centro - Petrópolis - RJ
(24) 2231-2529 | ☎ 98138-0822

2ª à 6ª - 8h45 às 19h
sábados - 8h45 às 13h

Itaipava
Estr. União e Indústria, 11.775, sala 6
Itaipava - Petrópolis - RJ
(24) 2222-7143 | ☎ 98145-8215

2ª à 6ª - 9h às 18h30
sábados - 9h às 12h30

São José do Vale do Rio Preto
Praça João Werneck, 55, sala 308
São José do Vale do Rio Preto - RJ
(24) 2224-2232 | ☎ 98122-1516

2ª à 6ª - 8h30 às 11h
e 12h às 18h