



Irod

Instituto de Radiologia
Odontológica de Divinópolis

Rua São Paulo, 430, Centro, Divinópolis | MG
Cep: 35500-006 - (37) 3214.7239 - (37) 9 9838.7487



@iroddivinopolis | www.irod.com.br

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Dr(a).: _____ CRO: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Exame Impresso Exame Online E-mail: _____

Tomografia Computadorizada de Feixes Cônicos - Favor Marcar as Áreas de Interesse



- CD
- Impressão em Papel FotográficoA4
- Dental Slice One Volume Viewer

T.C. Maxila

- Até 2 dentes Até 4 dentes
- Até 6 dentes MaxilaTotal

T.C. Mandíbula

- Até 2 dentes Até 4 dentes
- Até 6 dentes Mandíbula Total

T. C. Zigomático

Prototipagem

- Translúcido
- Biomodelo

T. C. A. T. M.

- Boca Aberta Boca Semi-aberta
- Boca Fechada

T.C. Face (Compass 3D)

- T.C. para Análise de Fratura Dentária
- T. C. Ramo de Mandíbula(área doadora para enxerto)
- T. C. 3º Molares
- T. C. Localização de Canais Radiculares
- T. C. Odontometria dos Canais Radiculares
- T. C. Seios da Face (Ortorrinolaringologia)

Guia Tomográfico

- Sim Não

Planejamento de cirurgia guiada

Planejamento de Endoguide

Finalidade do exame: _____

Favor marcar horário para cirurgia guiada, endoguiada e escaneamento.



Irod

Instituto de Radiologia
Odontológica de Divinópolis

Rua São Paulo, 430, Centro, Divinópolis | MG
Cep: 35500-006 - (37) 3214.7239 - (37) 9 9838.7487

Rua Minas Gerais, 655 - Sl 805 - Ed. Pioneiro,
Centro, Divinópolis | MG
CEP 35500-007 - (37) 3213.0094 - (37) 9 9809.9001

@iroddivinopolis | www.irod.com.br



Paciente: _____ Data: ____/____/____

Dr(a): _____ CRO: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Exame Impresso Exame Online E-mail: _____

1 RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V							
D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E
	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V							

- Técnica do Paralelismo (Cone Longo)
- Técnica de Localização
- Tela Milimetrada
- Laudo Radiográfico

2 RADIOGRAFIAS BITE-WING

	V	IV	IV	V							
D	8	7	6	5	4	4	5	6	7	8	E
	V	IV	IV	V							

3 RADIOGRAFIA OCLUSAIS

- Superior
- Inferior
- Região _____

4 Telerradiografia sem Traçado

- Telerradiografia com Traçado Computadorizado
- Radiografia Frontal PA
- Ricketts Frontal

- Steiner-Tweed
- Bimler
- Ricketts Lateral
- Wigglegram
- Sassouni
- Jarabak
- Downs
- Trevisi
- UNICAMP
- Mc Namara
- Lavargne-Petrovic
- Marcelo Pedreira
- Profis
- Sehvars
- VJMJ
- USP
- Delmanto
- Rocabado
- ABO - Divinópolis
- Outros

5 Radiografia Panorâmica

- Boca Semi-Aberta
- Em Oclusão Dental

Radiografia de Punho E

- Idade Óssea Índice de Pyle
- Índice de Eklof

6 FOTOS EXTRA BUCAIS

- Frente
- Perfil Direito
- Perfil Esquerdo
- Sorriso
- Perfil Sorrindo D E

FOTOS INTRA BUCAIS

- Frente
- Perfil Direito
- Perfil Esquerdo

OCLSAIS Superior Inferior

7 Modelo Ortodôntico Modelo de Estudo

- Pasta de Plástico
- Pasta de Cartolina

Documentação Ortodôntica em CD

8 ESCANEAMENTO TOTAL

- MAXILA _____
- MANDÍBULA _____
- MODELO 3D - (IMPRESSO)
- MODELO 3D - ONLINE (ARQUIVO STL)

9 Mandar Novo Bloco

Este pedido não serve como receituário. Quando for convênio a solicitação deverá ser feita em papel timbrado do dentista solicitante, com carimbo CRO. Datado, assinado e com o nome completo do paciente, e com finalidade do exame.

Favor marcar horário para Documentação Ortodôntica, escaneamento intraoral.