

Informações importantes

- A alimentação que antecede os exames intraorais deve ser leve.
- Objetos metálicos removíveis em região da cabeça e pescoço deverão ser retirados para realização dos exames.
- Os valores informados pelo telefone serão confirmados com a apresentação da requisição no momento do exame.
- Convênios exigem pedido dos exames em receituário profissional carimbado e assinado, com nome completo do paciente.
- Para a realização de radiografia panorâmica não é necessário agendar horário.

Localização



Convênios

- Odontoprev
- Met Life
- Sul América
- Porto Seguro
- São Francisco
- CESP
- Prodent/Rede Brazil Dental
- Santander/Prevident
- Caixa Econômica Federal
- Amil Dental
- Rede Odonto Empresas

cdbb
centro de diagnóstico bucal bauru
CROSP 18.333

Radiologia Odontológica Digital

Estomatologia

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 12-43 - Vila Universitária - CEP 17012-191 - Bauru - SP.
e-mail: cdbradio@uol.com.br/cdbrecepcao@uol.com.br ☎ (14) 3234-1721
☎ 3234-8886 / 3234-2454 📞 (14) 99183-6641 🌐 cdb.bauru 📷 @cdb.bauru

Paciente: _____ Idade: _____ Data ____/____/____

Indicação Dr. (a): _____

Email: _____ Fone: _____

Importante

Dê informações clínicas e/ou motivo dos exames

Autorização de envio de imagens por mídias digitais

☐ Autorizo o envio das imagens dos exames realizados por meio de mídias digitais.

☐ Autorizo a entrega dos exames para:

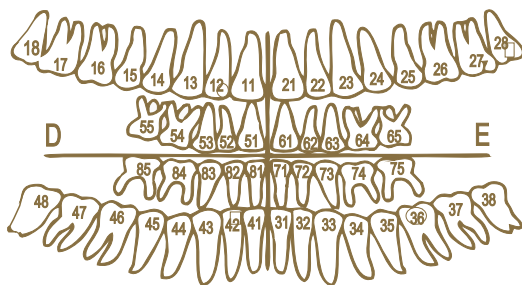
Data do atendimento: ____/____/____

Assinatura

Exames Radiográficos Gerais

☐ PERIAPICAL

- () série completa
() áreas assinaladas



☐ INTERPROXIMAL

- () molares D () pré-molares D
() molares E () pré-molares E

☐ OCLUSAL

- () maxila região: _____
() mandíbula região: _____

☐ PANORÂMICA

☐ PANORÂMICA PARA IMPLANTE (P1C)

- () traçado/medidas

☐ TELERRADIOGRAFIA

- () lateral () traçado/análise _____
() frontal () traçado/análise _____

☐ PÓSTERO-ANTERIOR

- () mandíbula () crânio

☐ PLANIGRAFIA PARA SEIOS MAXILARES

- ☐ ATM () lateral (2 posições)
☐ CARPAL () idade óssea () curva de crescimento

☐ MÉTODOS DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA

- () dente não-irrompido _____ () supranumerário _____

Documentação Ortodôntica

- ☐ { **Panorâmica - Telerradiografia Lateral**
Fotos extraorais (frente/perfil)
Fotos extraorais (lateral D/frontal/lateral E)
Modelos de estudo

Outros Exames

☐ FOTOGRAFIAS

- () corporais
() extraoral () frente () perfil
() extraoral sorrindo () frente () perfil
() extraoral 45° () extraoral 45° sorrindo
() intraoral () lateral D () frontal () lateral E
() intraoral oclusal () superior () inferior
() overjet () nasolabial

☐ MODELOS

- () estudo () trabalho

Envio das Imagens

- ☐ CD ☐ e-mail ☐ iDoc ☐ Impressão

Escaneamento Intraoral

- ☐ Arquivo digital STL ☐ Modelo ortodôntico impresso
☐ Escaneamento para alinhadores _____

Imagens e laudos radiográficos digitais com certificação digital e garantia legal de acordo com a Medida Provisória nº2200-2, de 24 de agosto de 2001, Presidência da República

- ☐ Enviar bloco de requisição