

## DOCUMENTAÇÕES ODONTOLÓGICAS

Para documentação ortodôntica mantenha **2 horas de jejum** antes do exame e retirada de piercings na região da cabeça.

- DOC I (ORTODÔNTICA) Panorâmica com laudo, telerradiografia com traçado, modelos de estudo, 07 fotos, pasta com impressos
- DOC II (ORTODÔNTICA) Panorâmica com laudo, telerradiografia com traçado, modelos de estudo, 07 fotos, 02 RX periapicais de anteriores pasta com impressos
- DOC III (Ortodôntia Simplificada) Panorâmica com laudo, telerradiografia com traçado, modelos de estudo, 05 fotos, pasta simples
- DOC IV (ORTOPÉDICA) Panorâmica com laudo, telerradiografia com traçado, (Bimler e a escolher), modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de vias aéreas índice carpal (RX de mão e punho), 07 fotos, pasta com impressos
- DOC V (PERIODONTAL) Panorâmica com laudo, periapicais dos arcos dentários, interproximais, fotos, modelos de estudo, pasta com impresso.
- DOC VI (100% Digital) Panorâmica com laudo, telerradiografia com traçado, modelo digital (escaneamento intra-oral), 07 fotos, acesso por IDOC.
- DOCUMENTAÇÃO EM CD
- DOCUMENTAÇÃO POR IDOC
- ENTREGAR NO CONSULTÓRIO

## ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS COMPUTADORIZADAS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> USP                      | <input type="checkbox"/> Sassouni               |
| <input type="checkbox"/> Unicamp                  | <input type="checkbox"/> Schwartz               |
| <input type="checkbox"/> Bimler                   | <input type="checkbox"/> Tweed                  |
| <input type="checkbox"/> Ricketts                 | <input type="checkbox"/> Vias aéreas superiores |
| <input type="checkbox"/> Mac Namara               | <input type="checkbox"/> Rocabado               |
| <input type="checkbox"/> Laverene Petrovic        | <input type="checkbox"/> Frontal de Ricketts    |
| <input type="checkbox"/> Roth Jarabak             | <input type="checkbox"/> Profis                 |
| <input type="checkbox"/> Steiner                  | <input type="checkbox"/> UMC                    |
| <input type="checkbox"/> Usp/Unicamp Simplificada | <input type="checkbox"/> _____                  |

## SERVIÇOS

### Modelos:

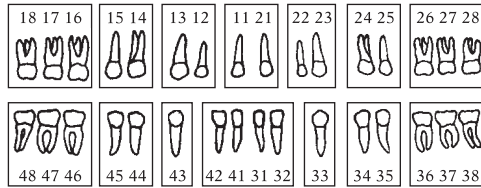
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ortodôntico em gesso | <input type="checkbox"/> Modelo impresso em 3D (escaneamento intra-oral) |
| <input type="checkbox"/> De trabalho em gesso | <input type="checkbox"/> Modelo digital (escaneamento intra-oral)        |
| <input type="checkbox"/> Análise de modelos   | <input type="checkbox"/> Escaneamento intra-oral (arquivo STL)           |

### Fotos:

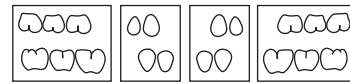
- Frente/Perfil(rostro)
- Sorriso
- Oclusais
- Intrabucais
- Over jet
- Corpo inteiro ( necessário traje de ginástica ou banho)

## RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

Periapicais



Interproximais



Oclusais



Maxila  
Região \_\_\_\_\_

Mandíbula  
Região \_\_\_\_\_

Técnica de Localização  
Região \_\_\_\_\_

Periapicais Boca Toda

Periapicais Boca Toda Ampliada

## RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

Solicitamos a retirada previa de piercings na região da cabeça antes do exame

Panorâmica  com laudo  sem laudo  
Finalidade \_\_\_\_\_

Panorâmica com traçado para implante

Telerradiografia  lateral  frontal

Traçado cefalométrico \_\_\_\_\_

P.A. seio maxilar  P.A. seio frontal

Axial

ATM - (lateral boca aberta e fechada)

Mão e punho

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA (CONE BEAM)

Estudo completo da maxila  Estudo completo da mandíbula

Estudo Parcial: Regiões \_\_\_\_\_

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Finalidade \_\_\_\_\_

ATM

Exame em CD/GALILEOS VIEWER

Exame em CD/DENTAL SLICE

Exame só em CD

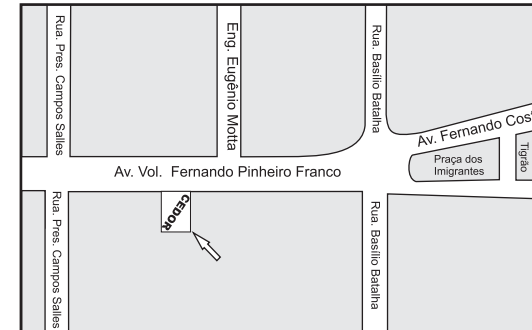
OS VALORES INFORMADOS POR TELEFONE SERÃO CONFIRMADOS MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DESTA



# Cedor

Centro de documentação odontológica e radiodiagnóstico  
CROSP 4107

www.cedor.com.br



Av. Vol. Fernando Pinheiro Franco, 732 - Centro

Mogi das Cruzes - SP

Tel.: 4727-5610 / 4722-7681

Horário de Atendimento

Segunda à Sexta das 8:00 às 18:00hs

Sábado das 8:30 às 14:00hs

**INFORME-SE SOBRE A NECESSIDADE DE AGENDAMENTO PRÉVIO E OS CONVÊNIOS ATENDIDOS.**

## DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

DATA: / /

Idade: Anos Meses Sexo  M  F

Tels: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

## SOLICITADO PELO(a) DR(a)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Tels.: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Especialidade Principal: \_\_\_\_\_

FAVOR ENVIAR MAIS FORMULÁRIOS DE EXAMES