

Paciente: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

E-mail.: _____ Telefone: () _____

Trazer um documento de identificação para realizar o exame.

Dentista: _____ Telefone: () _____

E-mail.: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura: _____ ☐ Solicitar mais requisição

Motivo do Exame: _____

TOMOGRAFICA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Formato de Entrega

☐ Apenas Digital ☐ Impresso ☐ DICOM ☐ Visualizador da clínica ☐ Impressão de biomodelo

Região de Interesse

☐ Mandíbula (48 ao 38) ☐ Maxilar (18 ao 28) ☐ Hemiarcada _____
☐ ATM (Boca aberta e fechada) ☐ FOV Pequeno _____

Finalidade do Exame

☐ Implante ☐ 3º Molar ☐ Endodontia ☐ Dente Incluso ☐ Ortodontia ☐ Patologia ☐ Periodontia

ESCANEAMENTO INTRAORAL

Formato de Entrega

☐ Digital (STL) ☐ Impresso ☐ Invisalign ids: _____

Finalidade do escaneamento

CIRURGIA GUIADA

Tomografia de arcada (marcar acima)
+ escaneamento
+ planejamento + guia

Número de Implantes: _____

☐ Tomografia com a Prótese

☐ Tomografia somente da Prótese

Informe a região de interesse para instalação do(s) implante(s)
+ marca e modelo do implante + kit cirúrgico que vai usar:

☐ Exames apenas digitais

RADIOGRAFIA INTRAORAL

☐ Periapical do Dente: _____

☐ Periapical Boca Completa: _____

☐ Interproximal do dente: _____

☐ Interproximal Completa (Molares e Pré-Molares bilateral)

RADIOGRAFIA EXTRAORAL

☐ Panorâmica

☐ ATM (boca aberta e fechada)

☐ Mão e Punho

☐ Telerradiografia / Cefalométrica Lateral

☐ Telerradiografia / Cefalométrica Frontal

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

☐ USP ☐ Tweed

☐ Unicamp ☐ Mcnamara

☐ Steiner ☐ Outros

FOTOGRAFIA

INTRAORAIS

☐ Oclusão frontal

☐ Oclusão lateral D

☐ Oclusão lateral E

☐ Oclusal Superior

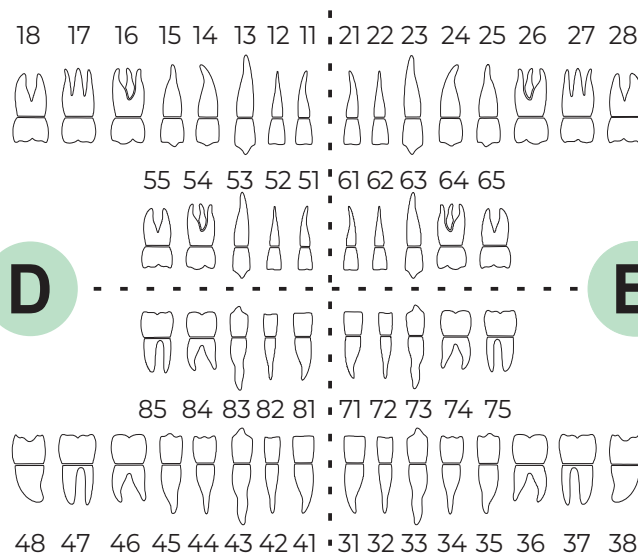
☐ Oclusal inferior

EXTRAORAIS

☐ Oclusão frontal

☐ Oclusão lateral D

☐ Sorriso



DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

Documentação Nero Light

☐ (Panorâmica; Telerradiografia Lateral (1 traçado); 05 fotos (02 extraorais + 03 intraorais); Ficha Clínica.

Documentação Nero Padrão

☐ (Panorâmica; Telerradiografia Lateral (1 traçado); 05 fotos; Ficha Clínica; Escaneamento intraoral Digital.

Documentação Nero Completa

☐ (Panorâmica; Telerradiografia Lateral (02 traçados); 08 fotos; Ficha Clínica; Escaneamento intraoral Digital + Modelo 3D Impresso.

ULTRASSONOGRRAFIA DA FACE

UNIDADE NORCON

☐

NOSSAS UNIDADES:

Nero Maceió - Unidade Serraria
82 3432-3342 | 82 99661-3333
Empresarial Humberto Lobo, sala 22

Nero Maceió - Mangabeiras Norcon
82 3327-9047 | 82 99125-6486
Norcon Empresarial, sala 13

Nero Maceió - Harmony
82 3435-2861 | 82 99147-9281
Harmony Trade Center, sala 08

Nero Arapiraca
82 3521-2169 | 99118-4468
Rua Boa Vista, N° 215, Centro

Nero Palmeira dos Índios
82 98877-3368 | 82 98185-5120
Av. Vieira de Brito, 199A, São Cristóvão

NOVO
ENDEREÇO

ACESSE O SEU EXAME PELO SITE:
neroradiologia.com.br



VISITE NOSSO INSTAGRAM:
[@neroradiologia](https://www.instagram.com/neroradiologia)



**Excelência no Diagnóstico
por imagem em Odontologia**

nero
RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA
digital