



SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

# SDO (SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA)

Unidade

Volta Redonda | Rua 40, nº 20 sala 506 (Shopping 33)

Tel: 3342-7501

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

### DADOS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

DT. NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_ COR: \_\_\_\_ NAC.: \_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ DT. SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS DO PROFISSIONAL

DR.(A): \_\_\_\_\_ DT. NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

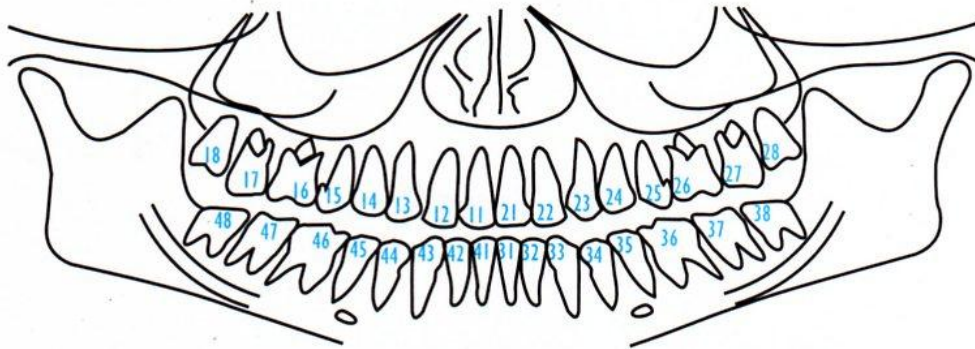
### EXAME MARCADO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_

### ENVIO DE EXAME

- S/ Laudo entregue em 20 min
- E-mail
- Consultório
- Enviar solicitações de exame

### ASSINALE A(AS) REGIÃO(ÕES) DE INTERESSE PARA TOMOGRAFIA



### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CONE BEAN)

- PARA IMPLANTES DENTÁRIOS
  - Maxila Total
  - Mandíbula Total
  - Região Assinalada (usar grade acima)
- ATM     BOCA ABERTA     FECHADA     REPOUSO
- SEIOS MAXILARES
- OUTRAS FINALIDADES: \_\_\_\_\_
- ESTUDO COMPLETO PARA ORTODONTIA/ORTOGNÁTICA
- AVALIAÇÃO DENTÁRIA (usar grade acima)

### FORMAS DE ENVIO

- Impresso
- CD (especificar abaixo)
- Somente em CD (especificar abaixo)
- Dental Slice
- L-CAT vision
- DICOM

Descrever abaixo, de forma clara, a finalidade do exame:

---



---



---

O VALOR DO EXAME SERÁ CONFIRMADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO