



Plastgraf

Trabalhando por você

Divisão Plástico

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- CONSULTA INICIAL FINALIZAÇÃO TRATAMENTO PROSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

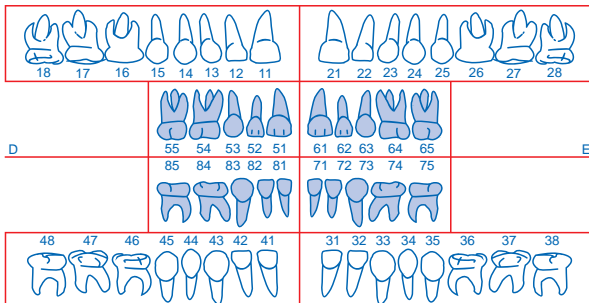
DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

PACIENTE: _____

SEXO: M F FONE P/ CONTATO: _____ DATA DE NASC.: ____ / ____ / ____

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

- INTERPROXIMAIS POSTERIORES
 INTERPROXIMAIS ANTERIORES
 OCLUSAL DA MAXILA
 OCLUSAL DA MANDÍBULA
 LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA
 PERIAPICAL DE TODOS OS DENTES
 PERIAPICAL DOS DENTES INDICADOS
 PARALELISMO
 ORTO/MÉSIO/DISTO



RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

- PANORÂMICA
 TOPO OCLUSÃO
 PANORÂMICA PARA IMPLANTE
 TELERRADIOGRAFIA LATERAL
 TELERRADIOGRAFIA FRONTAL
 MÃO E PUNHO - IDADE ÓSSEA
 ATM

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

- | | FOTO | SLIDE |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| FACE-FRENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FACE-SORRISO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL DIREITO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL ESQUERDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SORRISO EM "CLOSE" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERFIL APROXIMADO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INTRABUCAL LATERAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INTRABUCAL FRONTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OCCLUSAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OVER BITE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OVER JET | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| POSTURA CORPORAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OUTROS SERVIÇOS

- MODELOS DE ESTUDO
 MODELOS DE TRABALHO
 DUPLICAÇÃO DE MODELOS
 ANÁLISE DE MODELO
 SLIDES DE RADIOGRAFIAS
 CAIXA P/ MODELOS
 PASTA P/ DOCUMENTAÇÃO
 ANÁLISE CEFALOMÉTRICA*

* Marque no menu de análises.

DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA

- PANORÂMICA+TELE+MODELOS
 PANORÂMICA+TELE+PERIAPICAIS INCISIVOS+MODELOS
 PANORÂMICA+TELE+BITE-WING+PERIAPICAIS INCISIVOS+MODELOS

- FOTOS
 SLIDES
 CD

MENU DE ANÁLISES

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ADENÓIDE | <input type="checkbox"/> IRRUPÇÃO 3M | <input type="checkbox"/> PROFIS | <input type="checkbox"/> STEINER | <input type="checkbox"/> UNICAMP |
| <input type="checkbox"/> BIMLER | <input type="checkbox"/> JARABAK-ROTH | <input type="checkbox"/> RICKETT'S | <input type="checkbox"/> TREVISI | <input type="checkbox"/> USP/UNICAMP |
| <input type="checkbox"/> DELMANTO | <input type="checkbox"/> LAVERNE-PETROVIC | <input type="checkbox"/> SASSOUNI | <input type="checkbox"/> TWEED | <input type="checkbox"/> VTO - AN. FACIAL |
| <input type="checkbox"/> DOWNS | <input type="checkbox"/> MC NAMARA | <input type="checkbox"/> SCHWARZ | <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> VJMJ |

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

- ENVIAR BLOCOS DE REQUISIÇÃO DE EXAMES

Goiânia, ____ / ____ / ____

Assinatura/Carimbo