

Título: Exames Complementares Odontológicos

Tipo de Anexo: Formulário

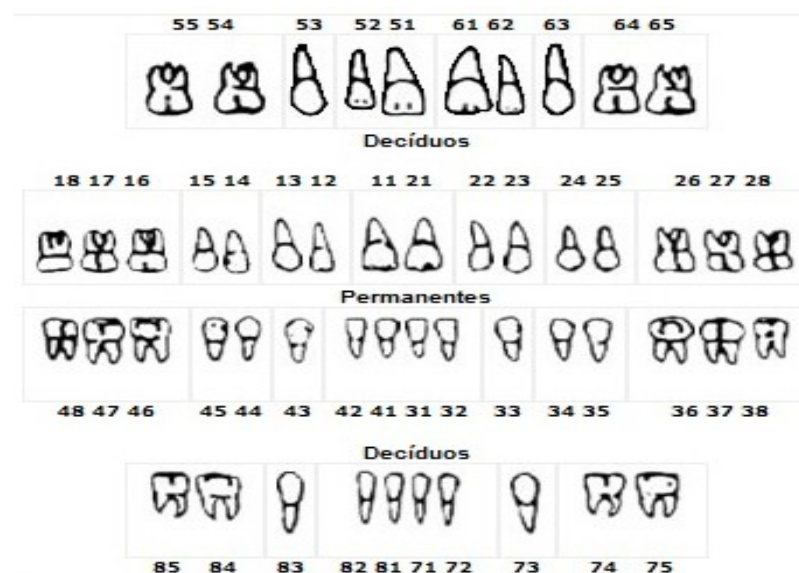
Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-169 - V.4

Fase: Vigente

Exames Complementares Odontológicos

Nome do paciente: _____ Matrícula _____
 Data de Nascimento: _____ R.G.: _____
 Endereço: _____ Telefone: () _____

Exames Solicitados



01. () 70210000 Rx Periapical

Dentes Indicados

02. () 70220000 Rx Bite-Wing
 () Molares Direitos (18, 17, 16, 48, 47, 46)
 () Molares Esquerdos (26, 27, 28, 36, 37, 38)
 () Pré-molares Direitos (15, 14, 45, 44)
 () Pré-molares Esquerdos (24, 25, 34, 35)

03. () 70230000 Rx Oclusal Maxila
 04. () 70231001 Rx Oclusal Mandíbula
 05. () 70260000 Rx Panorâmico dos maxilares Oclusão
 06. () 70262004 Rx Panorâmico dos maxilares Topo
 07. () 70280000 Telerradiografia sem traçado comput. Perfil
 08. () 70282005 Telerradiografia sem traçado comput. Frontal
 09. () 70240000 Rx Maxilar PA ou AP
 10. () 70283001 Telerradiografia c/ traçado computadorizado Frontal
 11. () 70340000 Rx da ATM
 12. () 70350000 Check-up radiológico adulto (14 periapicais)
 13. () 70360000 Check-up radiológico infantil (10 periapicais)
 14. () 70370000 Rx do seio maxilar
 15. () 70380000 Localização topográfica nº dente(s)
 16. () 70398003 Tomografia da maxila
 17. () 70397007 Tomografia da mandíbula
 18. () 70398011 Tomografia computadorizada para 1 segmento
 19. () 70398020 Tomografia computadorizada para 2 segmentos
 20. () 70398038 Tomografia computadorizada da ATM

(Obrigatório preencher justificativa clínica e hipótese diagnóstica e código CID-10)

Justificativa Clínica:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____ **CÓDIGO CID-10:** _____

Assinatura/Carimbo do Cirurgião-Dentista

Data ____/____/____