

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA O PACIENTE

ANTES DA MOLDAGEM

- 1-) Escovar os dentes;
- 2-) Evitar ingestão de líquidos e alimentos duas horas antes da moldagem.

PARA FOTOGRAFIA

- 1-) Prender os cabelos com elástico;
- 2-) Evitar o uso de maquiagem.

PARA RADIOGRAFIA e TOMOGRAFIA

- 1-) Retirar brincos, piercing, gargantilhas e outros adornos dos cabelos, orelhas e face;
- 2-) Evitar o uso de vestuário com botões ou objetos metálicos na altura do pescoço;
- 3-) Evitar comparecer ao exame com os cabelos molhados;
- 4-) Em caso de GESTANTE, informe ao seu profissional e a nossa equipe.

NOSSA MISSÃO

Oferecer serviços de diagnóstico odontológico de excelência, através de exames por imagens de alta tecnologia 100% digital, contribuindo para o sucesso dos odontólogos, a satisfação dos nossos clientes e a valorização da nossa equipe.

NOSSA VISÃO

Referência no seguimento, através da inovação continuada e o uso de tecnologia de ponta e atendimento humanizado.

NOSSOS VALORES

Ética, profissionalismo e respeito às pessoas e ao meio ambiente.



CIOF - CENTRO DE IMAGINOLOGIA E RADIOLOGIA OROFACIAL

Rua Rio Grande do Sul, 1754 - Vila Célia | Campo Grande/MS

☎ (67) 3025-3800 | ☎ (67) 3029-7007 | ☎ (67) 99237-1953

🌐 www.ciofradiologia.com.br | ✉ ciofradiologiaodonto@gmail.com

📷 [ciofradiologiaodonto](https://www.instagram.com/ciofradiologiaodonto)

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

De segunda à sexta-feira
das 8h às 12h e
das 13h às 18h

☎ (67) 3025-3800

☎ (67) 3029-7007

☎ (67) 99237-1953

Orçamento por telefone
sujeito a confirmação

CIOF
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

◆ DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Tel.: _____

◆ MODO DE ENTREGA

☐ Impresso

☐ Em CD

☐ Enviar Requisições

☐ Entregar para o paciente

☐ Acesso pelo Site

☐ Entrega no Consultório

◆ DADOS DO PROFISSIONAL

Dr(a): _____ Tel.: _____

Endereço: _____

CRO.: _____ E-mail: _____

Agendamento dia: ____ / ____ / ____ às ____ h.

◆ OBSERVAÇÕES:



**TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
EM ALTA RESOLUÇÃO**

Agende
seu Horário

Rua Rio Grande do Sul, 1754 | Vila Célia | Campo Grande/MS

🌐 www.ciofradiologia.com.br | ✉ ciofradiologia@hotmail.com

📷 [ciofradiologiaodonto](https://www.instagram.com/ciofradiologiaodonto)

REQUISIÇÃO DE EXAMES/RADIOGRAFIA

Motivo da Solicitação: _____

◆ RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

- ☐ Periapicais
☐ Levantamento Periapical (Boca Toda)
☐ Técnica de Clark
☐ Técnica de Localização

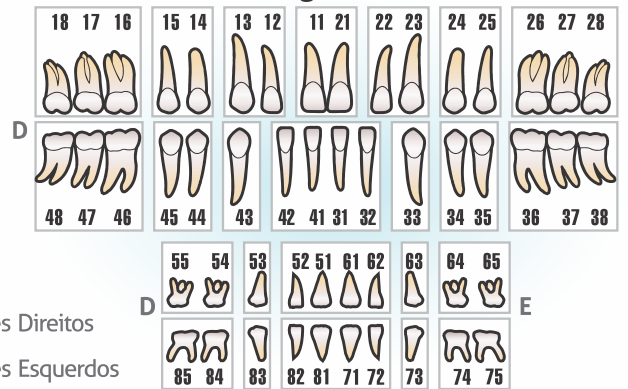
Interproximais

- ☐ Pré-molares Direitos ☐ Molares Direitos
☐ Pré-molares Esquerdos ☐ Molares Esquerdos

Oclusal

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula

Assinale as Regiões de Interesse



* Pode ser necessária mais de uma radiografia para um determinado grupo dentário.

◆ RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- ☐ Panorâmica 1:1 ☐ Panorâmica (com traçado) ☐ Panorâmica de ATM (duas posições)
☐ Carpal (idade óssea) ☐ Telerradiografia Lateral ☐ Telerradiografia Frontal
☐ Panorâmica de Seios Maxilares ☐ Outra incidência: _____

◆ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☐ Panorâmica, telerradiografia com traçado computadorizado, 3 fotos (frontal normal, frontal sorrindo, perfil direito) modelos de estudo e pasta com formulários
☐ Panorâmica, telerradiografia com traçado computadorizado, 6 fotos (frontal normal, frontal sorrindo, perfil direito, intrabucais frontal e lateral D/E.) modelos de estudo e pasta com formulários
☐ Panorâmica, telerradiografia com traçado computadorizado, 8 fotos (frontal normal, frontal sorrindo, perfil direito, intrabucais frontal e lateral D/E, oclusal sup./inf.) modelos de estudo e pasta com formulários

Traçados Cefalométricos Computadorizados

- ☐ Profis ☐ Bimber
☐ McNamara ☐ USP
☐ Steiner ☐ Jaraback
☐ Trevisi ☐ USP/Unicamp
☐ Ricketts ☐ Análise facial
☐ Tweed ☐ Valieri

Modelos

- ☐ Estudo (Polido) ☐ Trabalho (Simples)

REQUISIÇÃO DE TOMOGRAFIA

◆ INDIQUE A FINALIDADE DO EXAME:

- ☐ Planejamento para implantes ☐ Lesão Periapical ☐ Perfuração Radicular
☐ Enxerto Ósseo ☐ Cirurgia Ortognática ☐ Pesquisa de Fratura Radicular
☐ Área Doadora de Enxerto ☐ Avaliação de ATM ☐ Reabsorção Radicular
☐ Reabsorção Periodontal ☐ Dor (Detalhar na Obs.) ☐ Avaliação Endodôntica
☐ Localização de Dente Incluso/Corpo Estranho ☐ Avaliação Patológica
☐ Avaliação Periodontal

Obs.: _____

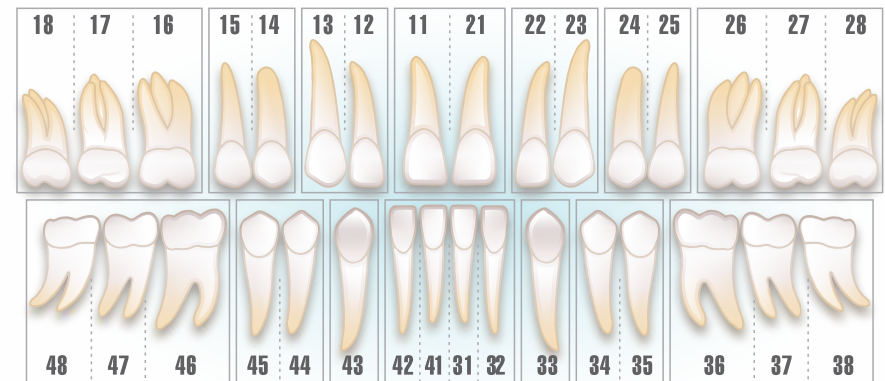
◆ TOMOGRAFIA DE MÉDIAS REGIÕES:

- ☐ Maxila e Mandíbula ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ Seio Maxilar ☐ ATM (Boca fechada) ☐ ATM (Boca aberta)

Obs.: _____

◆ TOMOGRAFIA DE PEQUENAS REGIÕES:

Determine a(s) região(ões) para a tomografia



◆ FORMA DE ENVIO DAS IMAGENS

- ☐ Acesso Online ☐ Impressão de filme ☐ Impressão em Papel Fotográfico ☐ DICOM por e-mail

Obs.: _____
