



Título: Exames Complementares Odontológicos

Tipo de Anexo: Formulário

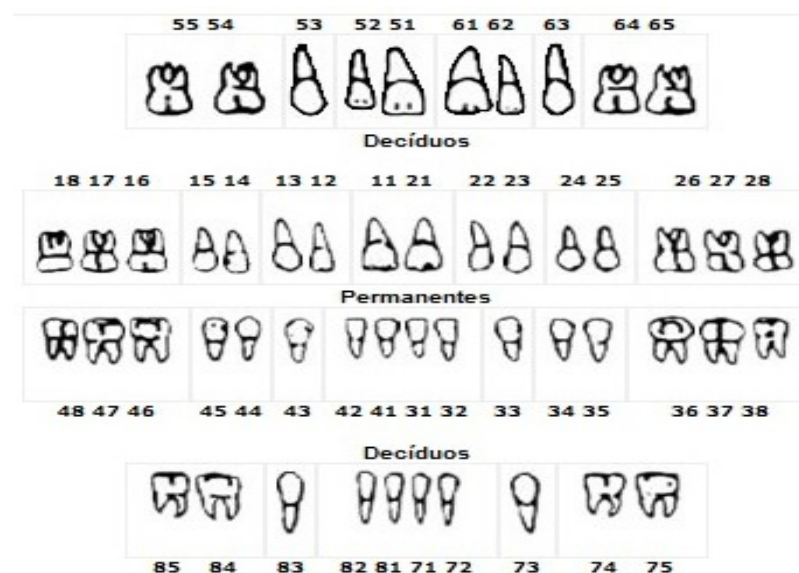
Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-169 - V.4

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 () Molares Direitos (18, 17, 16, 48, 47, 46)
 Rx Bite-Wing () 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 Mandibula
- 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 CID10: _____

Assinatura/Carimbo do Cirurgião-Dentista

Data ____/____/____