

DADOS	Empresa:	<input type="text"/>	Contato:	<input type="text"/>	Telefone:	<input type="text"/>	
	Paciente:	<input type="text"/>			Data Nasc.:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	Dr.(a):	<input type="text"/>			Telefone:	<input type="text"/>	
	Assinatura:	<input type="text"/>			Data Envio:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	Hospital:	<input type="text"/>			Data Cir.:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	Entrega:	<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="text"/>			

Cirurgia terá ortognática?

Sim Não

Região da ATM:

Direita Esquerda Bilateral

PRÓTESE ATM

Até o ramo mandibular

Até o forame mental

Após o mento

GUIA ATM

Osteotomia Mand

Posicionamento e perfuração da fossa

INCLUSO: Crânio parcial opaco branco Template teste em alumínio

PATOLOGIA

Tumor

Anquilose

Doença congênita

Trauma

Outra: _____

TIPOS DE GUIA

Ortognática

Final Intermediário

Opções: Piggyback Guias separadas

Mento (com guia final)

CHECK-LIST

Termo Esclarecimento Dr. e Paciente

Modelos em oclusão final

Fotos (frontal, perfil e de sorriso)

Laudo Médico com CID (patologia)

*TC Padrão DICOM (cortes de 1mm)

*Prazo máximo TC 6 meses. Preferência por TC médica.

