

REQUISIÇÃO DE EXAMES — PREENCHA TODOS OS CAMPOS APLICÁVEIS

NOME DO PACIENTE

Nome completo

DATA DA SOLICITAÇÃO

____ / ____ / _____

NOME DO(A) DR(A). —
CRO:

CONSULTÓRIO
ODONTOLÓGICO:

TELEFONE:

E-MAIL PARA ENVIO:

- Convênio odontológico: levar receituário assinado e carimbado.
- Obrigatório o documento pessoal.
- Radiografia panorâmica e tomografia não requerem agendamento prévio.
- Orçamento mediante o envio da guia.
- Todas as informações devem estar preenchidas.
- Remover acessórios antes do exame.
- Em caso de urgência, entrar em contato.
- Exame por ordem de chegada, acima de 5 anos.

FORMATO / ENTREGA

- C/LAUDO
 S/LAUDO
 DIGITAL
 IMPRESSA
 entregar ao paciente
 vem retirar

EXAMES RADIOGRÁFICOS EXTRABUCAIS

- Panorâmica
 Mão e punho: () Curva de Crescimento () Idade Óssea
- Telerradiografia Lateral
 Traçado Anatômico
- Telerradiografia Frontal
- Outros Exames: _____

EXAMES RADIOGRÁFICOS INTRABUCAIS

- Estudo Parcial (odontograma)
 Levantamento Periapical + Interproximal Completo
- Marque os dentes de interesse no odontograma abaixo:

ODONTOGRAMA — INTRABUCAL

Marque (O) abaixo do número do dente selecionado

Sup	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inf	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DECÍDUOS

Sup	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inf	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marque com O abaixo de cada número de dente selecionado

INTERPROXIMAIS

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

OCLSAIS

- Maxila
 Mandíbula

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

[AGENDAMENTO PRÉVIO]

Documentação 1 — Padrão

Panorâmica · Telerradiografia + Análise Cefalométrica · 6 Fotos Digitais · Modelo Ortodôntico

Documentação 2 — Econômica

Panorâmica · Tele + Cefalométrica · 8 Fotos · Modelo Ortodôntico · Periapicais Incisivos

Documentação 3 — Completa

Panorâmica · Tele + Cefalométrica · 8 Fotos · Modelo · Periapicais Incisivos · Carpal

Documentação Alinhadores

Panorâmica · 8 Fotos Digitais · Escaneamento Intraoral

Doc. padrão — Dr(a). _____

Análise Cefalométrica de:

USP

Ricketts

McNamara

Homem Neto

Adenoide

Bimler

Steiner Tweed

Trevisi

Jarabak

Petrovic

Outros: _____

OPCIONAIS

Análise de adenoide

Mão e punho: () Curva de Crescimento () Idade Óssea

Telerradiografia Frontal

Traçado Anatômico

Periapicais Incisivos Centrais

MODELOS / ESCANEAMENTO INTRAORAL

Escaneamento Intraoral (STL)

Invisalign

Modelo 3D

Outros alinhadores: _____

NOME DO(A) DR(A.) — ALIGN

E-MAIL ALIGN

IDS

FOTOS

Fotos Extrabucais

Frontal

Perfil

Frontal Sorrindo

Overjet

Sorriso Aproximado

Fotos Intrabucais

Frontal em Oclusão

Lateral Direita

Lateral Esquerda

Oclusal Superior

Oclusal Inferior

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA

IMPORTANTE PREENCHER

Hipótese diagnóstica:

1 FORMATO DE RECEBIMENTO

100% Digital (I-Doc)

Tomo URGÊNCIA / Express (resultado no mesmo dia / até 24h)

Impressão em Papel Fotográfico

*acrécimo no valor

2 REGIÃO DE INTERESSE

ODONTOGRAMA — TOMOGRAFIA

Marque (O) abaixo do número do dente selecionado

Sup	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inf	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DECÍDUOS

Sup	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inf	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marque com O abaixo de cada número de dente selecionado

- Mandíbula estendida
- Maxila estendida
- ATM (boca aberta e fechada)
- Seios Maxilares/Paranasais
- Facial
- Região (visualização de até 3 elementos por região marcada no odontograma)

3 FINALIDADE DO EXAME

- Tomografia em Desocclusão
- Implante com Medida
- Avaliação Endodôntica (lesão / fratura / anatomia)
- Anquilose
- Pesquisa de Fratura do Complexo Maxilomandibular
- Avaliação Periodontal / Gengivoplastia
- Avaliação das Tábuas Ósseas
- Avaliação de Enxertos

4 SOFTWARE DE MANIPULAÇÃO

- Romexis Viewer
- DICOM
- PDF e laudo
- DentalSlice
- OnDemand Viewer

PLANEJAMENTOS DIGITAIS

- Harmonização Orofacial — escaneamento facial (obj) + fotos das expressões faciais
- Planejamento Digital do Sorriso (DSD) — Fotos e/ou Escaneamento Facial + STL superior e inferior

CIRURGIA GUIADA

- Implante Unitário/Parcial — Tomografia da Arcada Total + STL
- Protocolo Perioguide — STL superior e inferior + Tomografia da maxila com afastador labial

Qual implante será usado?

MARCA DO KIT

MODELO

PROTOTIPAGEM — BIOMODELO IMPRESSO

- Maxila
- Maxila Estendida
- Mandíbula
- Mandíbula Estendida
- Face

Endereço: R. Nossa Sra. do Rocio, 1678 — Centro, Toledo - PR, 85900-180