

WHATSAPP: 21 97194-4607 

Para: _____

Dr. (a): _____ Data: ____ / ____ / 20____

End.: _____ Tel.: _____

E-mail: _____ Com Laudo

Enviar por E-mail Entregar no Consultório Enviar Requisição

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

RADIOGRAFIAS DIGITAIS

Periapical Isolada Ampliada Milimetrada (assinalar na Grade acima)

Periapical completo com Bite-wing S/ Bite-Wing Milimetrada

Bite-Wing (Interproximal) Pré-Molar Molar Direita Esquerda

Método de Clark para localização (3 periapicais) (assinalar na Grade acima)

Panorâmica Oclusão Cêntrica Traçado p/ Implante

Panorâmica com complementação Incisivos Bite wing

ATM Quatro Tomadas Seis Tomadas

Oclusal Superior Inferior Mento-Naso Fronto-Naso

Punho e mão finalidade ortodôntica Idade óssea Curva de Crescimento

Cefalométrica 45% Direita Esquerda

Cefalométrica de perfil sem traçado com traçado

Cefalométrica AP PA Frontal de Ricketts

DOCUMENTAÇÃO

Documentação Básica Tele, 01 traçado, Panorâmica, 05 Fotos e modelo (escolher abaixo)

Documentação Completa Tele, 02 Traçados, Panorâmica, Periapical Completa, 08 Fotos e Modelo (escolher abaixo)

Modelo Escaneamento intraoral Impressão 3D Gesso Zocalado Gesso de Trabalho

Documentação p/ DSD - Dental Smile Design (Protocolo de Fotos e vídeo + Escaneamento Intraoral)

Escaneamento Intraoral Com Impressão 3D

ESCANAMENTO INTRAORAL iTero - TRIOS - Virtuo

Documentação Digital para Alinhadores Estéticos (Telerradiografia+Panorâmica+Fotos+Elemento Intraoral)

Escaneamento Intraoral Com Impressão 3D

ANALISES

Ricketts Steiner USP Jarabak Mc Namara Tweed Unicamp

Ibeo Bimler Unigranrio Trevisi Delmanto Downs Adenóides

Irrupção 3º molar Petrovic Profis Vias aéreas Schwars _____

Frontal de Ricketts Discrepância de Modelo Análise de Bolton Modelo de Estudo Modelo de Trabalho CD

FOTOS

Fotografia extraoral Frente Perfil direito Perfil esquerdo Frente sorriso amplo

Fotografia intraoral Frente Perfil direito Perfil esquerdo Oclusal superior Oclusal inferior

Fotografia Overjet Direito Overjet Esquerdo Análise Facial Frontal Análise Facial de Perfil

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

EXAME

- MAXILA COMPLETA
 MANDÍBULA COMPLETA
 MAXILA E MANDÍBULA PROTOCOLO INVISALIGN
 REGIÕES E/OU DENTES ESPECÍFICOS (ASSINALAR NO ODONTOGRAMA)
 ATM BOCA ABERTA BOCA FECHADA

PROTOTIPAGEM

- MAXILA MANDÍBULA
 COMUM ESTENDIDA
 OPACO TRANSPARENTE

- Biomodelo**
 Impressão de Modelo

OPÇÕES DE ENTREGA

- PAPEL FOTOGRÁFICO
 FILME (DRY)
 EMAIL
 CONSULTÓRIO
 RETIRADA PELO PACIENTE
 DENTAL SLICE
 ICAT VISION
 DICOM
 IMPLANT VIEWER

PLANEJAMENTO PARA CIRURGIA GUIADA**CIRURGIA GUIADA PARA IMPLANTES DENTÁRIOS****CIRURGIA GUIADA PARCIAL:**

Tomografia da Arcada + Escaneamento Intraoral
 + Planejamento + Guia Cirúrgica
 1 a 3 Furos 4 a 6 Furos

CIRURGIA GUIADA TOTAL:

Tomografia da Arcada com a Prótese e o Registro de Mordida
 + Tomografia da Prótese + Planejamento + Guia Cirúrgica
 4 a 6 Furos 7 a 8 Furos

CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL GUIADA

PLÁSTICA PERIODONTAL - SORRISO GENGIVAL

COMBO 1 - PERIO DSD (CIRURGIA GUIADA PELO DSD)

Escaneamento Intraoral + DSD (fotos) + Planejamento + Guia Cirúrgica

COMBO 2 - PERIO TOTAL (CIRURGIA GUIADA PELA TOMOGRAFIA E DSD)

Tomografia da Arcada com afastamento dos tecidos moles

+ Escaneamento Intraoral + DSD (Fotos)

+ Planejamento + Guia Cirúrgica

Motivo do Exame: _____

ULTRASSONOGRRAFIA OROFACIAL COM DOPPLER

- MAPEAMENTO FACIAL
 US DA REGIÃO FRONTAL
 US DA REGIÃO MOLAR
 US DO NARIZ
 US DOS LÁBIOS
- US DO CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA (CAB)
 US DA REGIÃO DA PAPADA
 US DA ATM
- Agendar com o profissional
 US GUIADO DA REGIÃO _____

OBSERVAÇÕES

- Em caso de Implantes, favor informar a região do(s) elemento(s) dentário(s), o uso dos guias tomográficos é de grande ajuda na precisão das áreas de interesse.
- Informações clínicas e radiografias anteriores serão de grande importância na confecção dos laudos.

DADOS CLÍNICOS / RAZÃO DO EXAME:

NUMERO DO EXAME: _____ DATA DE NASC. _____/_____/_____

TEL.: _____ IDADE: _____

FORMA DE PAGAMENTO: CRÉDITO DÉBITO DINHEIRO PIX CONVÊNIO

Recebi o(s) exame(s) em: _____/_____/_____ Ass. _____