SMART
RADIOLOGIA DA FACE
10 ANOS

Unidade Tijuca: Rua Pinto de Figueiredo, 55, sala 801
(21) 3559-1120 / (21) 3579-1119 / (21) 99748-7375 whatsapp
Unidade Botafogo: Rua Dona Mariana, 143, sala E27
(21) 3812-8432 / (21) 2026-4505 / (21) 99541-2751 whatsapp
www.smartradiologia.com.br
Responsável Técnico: Dr. Diogo Schonwandt - CRO-RJ-CD 32289

REQUISIÇÃO DE EXAMES

PACIENTE

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____/_____/_____ SEXO: M ☐ F ☐

PROFISSIONAL

NOME: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____ E-MAIL: _____

Preencha seu email com letra legível e cadastre-se para receber os exames através da nossa central de resultados.

☐ DESEJO RECEBER MAIS REQUISIÇÕES DE EXAMES

_____
Carimbo e assinatura do profissional

CONVÊNIOS: **PETROBRÁS / SAÚDE CAIXA / UNAFISCO / REAL GRANDEZA / FIOSAÚDE / AMIL DENTAL**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

REGIÃO SOLICITADA

☐ MAXILA ☐ COMPLETA
☐ MARCAR O(S) DENTE(S) NO ODONTOGRAMA AO LADO

☐ MANDÍBULA ☐ COMPLETA
☐ MARCAR O(S) DENTE(S) NO ODONTOGRAMA AO LADO

☐ ATM ( ) Boca aberta ( ) Boca fechada

☐ FACE COMPLETA (Campo de visão de 22 cm de altura)
(Realizada somente na unidade Tijuca)

FINALIDADE DO EXAME

☐ IMPLANTE ☐ Com guia ☐ Sem guia
☐ PESQUISA DE FRATURA DENTÁRIA
☐ AVALIAÇÃO PERIODONTAL (Perda óssea alveolar)
☐ DENTES INCLUSOS
☐ PATOLOGIA ÓSSEA
☐ TOMOGRAFIA PARA INVISALIGN (Maxila e Mandíbula em aquisição única)

ODONTOGRAMA

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			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

☐ Realizar com afastamento labial

FORMATO DE ENTREGA

Para exames com laudo e template

☐ IMPRESSO + DENTAL SLICE
☐ IMPRESSO + DICOM
☐ IMPRESSO + On Demand 3D

Para exames sem template

☐ SOMENTE EM DENTAL SLICE
☐ SOMENTE EM DICOM
☐ SOMENTE EM On Demand 3D

Observação:
Não havendo marcação, será considerada a opção com laudo, template e DentalSlice.
.

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ PLANEJAMENTO PARA CIRURGIA GUIADA DE IMPLANTE (Tomografia + Escaneamento Intra-Oral)
Informar marca do kit cirúrgico: _____

Marcar abaixo a quantidade de implantes
☐1 ☐2 ☐3 ☐4
☐5 ☐6 ☐7 ☐8

☐ ANÁLISE ORTODÔNTICA 3D
Protocolo SYM Solutions 3D **(Realizada somente na unidade Tijuca)**

INFORMAÇÕES CLÍNICAS (DESCRIÇÕES DETALHADAS SOBRE O EXAME)

Todos os preços passados via telefone devem ser confirmados na recepção na hora do exame após apresentação da requisição de exames.

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

☐ PANORÂMICA
- ☐ Com laudo ☐ Sem laudo
- ☐ Com complementação de 3 incisivos e 2 bite-wings
- ☐ Com traçado para implante
- ☐ Em oclusão

☐ MÃO E PUNHO (idade óssea)

☐ ATM
- ☐ Boca aberta e fechada ☐ Em repouso

☐ P.A. (PÓSTERO-ANTERIOR)
- ☐ Com traçado ☐ Sem traçado

☐ CEFALOMÉTRICA DE PERFIL
- ☐ Com traçado ☐ Sem traçado

Lista de análises cefalométricas

☐ Tweed	☐ USP	☐ Ricketts
☐ Steiner	☐ Unicamp	☐ Roth - Jarabak
☐ Downs	☐ USP / Unicamp	☐ Ricketts Frontal
☐ Schwarz	☐ Bimler	☐ McNamara
☐ I.B.E.O.		

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

☐ PERIAPICAL COMPLETO (Boca toda)
- ☐ Com laudo ☐ Sem laudo

☐ INTERPROXIMAIS (Bite-Wings)
- ☐ Molares ☐ Pré-molares

☐ OCLUSAL
- ☐ Superior ☐ Inferior

☐ PERIAPICAIS UNITÁRIAS (marcar no odontograma)
- ☐ Com laudo ☐ Sem laudo (retira o exame na hora)

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			
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL 3D (iTero) E MODELOS ORTODÔNTICOS

MODELO DIGITAL

☐ ESCANEAMENTO INTRA-ORAL
- ☐ Escaneamento para Invisalign® - Nº IDS: _____
- ☐ Somente digital (Arquivo STL)
- ☐ Impressão 3D do modelo digital: ☐ Resina ☐ Filamento

MODELO DE GESSO

☐ Zocalado
☐ De trabalho

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

Importante: Fazer jejum de 2 horas, realizar higiene bucal antes do exame e vestir blusa de cor escura

☐ DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (Panorâmica, Cefalométrica de perfil com traçado, Fotos e Modelo)
Escolha abaixo as fotos, o tipo de modelo e traçado

☐ DOCUMENTAÇÃO MASTER (Panorâmica com complementares, Cefalométrica de perfil com traçado, Fotos e Modelo)
Escolha abaixo as fotos, o tipo de modelo e traçado

☐ DOCUMENTAÇÃO SMART (Panorâmica, Cefalométrica de perfil com traçado, Periapical completo com bite-wings, Fotos e Modelo)
Escolha abaixo as fotos, o tipo de modelo e traçado

☐ DOCUMENTAÇÃO INVISALIGN® (Panorâmica, Cefalométrica de perfil com traçado, Fotos e Escaneamento Intra-Oral iTero)
Escolha abaixo as fotos e traçado

TIPO DE MODELO

MODELO DIGITAL

☐ ESCANEAMENTO INTRA-ORAL (iTero)
- ☐ Escaneamento para Invisalign®
- ☐ Somente digital (Arquivo STL)
- ☐ Marque aqui se deseja a impressão 3D do modelo digital

MODELO DE GESSO

☐ Zocalado
☐ De trabalho

FOTOGRAFIAS

EXTRA-ORAIS

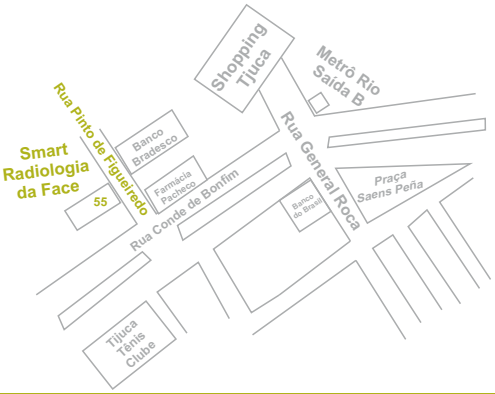
☐ Frontal
☐ Frontal Sorrindo
☐ Perfil Direito
☐ Perfil Esquerdo

INTRA-ORAIS

☐ Vista Oclusal Superior
☐ Vista Oclusal Inferior
☐ Em Oclusão Frontal
☐ Em Oclusão Lado Direito
☐ Em Oclusão Lado Esquerdo
☐ Boca entreaberta (vista frontal)

FORMATO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO: ☐ Pasta + CD ☐ Somente CD ☐ Somente por Email

Unidade Tijuca - Rua Pinto de Figueiredo, 55, sala 801
- Localizada a 250 metros do metrô Praça Saens Peña (Saída B)
- Estacionamento rotativo no próprio prédio



Unidade Botafogo - Rua Dona Mariana, 143, sala E27
- Localizada no edifício Botafogo Medical Center
- Estacionamento rotativo no próprio prédio
- Localizada a 600 metros do metrô Botafogo (Saída D)

Todos os preços passados via telefone devem ser confirmados na recepção na hora do exame após apresentação da requisição de exames.