

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

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
								61	62	63	64	65			
								71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

FINALIDADE DO EXAME

- IMPLANTE Com guia Sem guia
 PESQUISA DE FRATURA DENTÁRIA
 AVALIAÇÃO PERIODONTAL (Perda óssea alveolar)
 DENTES INCLUSOS
 PATOLOGIA ÓSSEA
 ATM
 PLANEJAMENTO PARA MINI IMPLANTE
 FACE COMPLETA (Campo de visão de 22 cm de altura)
(Realizada somente na unidade Tijuca)

FORMATO DE ENTREGA

- IMPRESSO + CD
 SOMENTE CD

Observação:
Não havendo marcação, será considerada a opção IMPRESSO + CD.

CONTEÚDO DO CD

- DentalSlice
 On Demand 3D
 iCATVision (Para exames realizados na unidade Tijuca)
 DICOM

EXAMES COMPLEMENTARES

PLANEJAMENTO PARA CIRURGIA GUIADA DE IMPLANTE
(Tomografia + Escaneamento Intra-Oral)

Informar marca do kit cirúrgico: _____

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

Marcar abaixo a quantidade de implantes

- 1 2 3 4
 5 6 7 8

INFORMAÇÕES CLÍNICAS (DESCRIÇÕES DETALHADAS SOBRE O EXAME)

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

- PANORÂMICA
 - Sem laudo (retira o exame na hora)
 - Com laudo
 - Para implante com traçado
 - 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
- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> Ricketts |
| <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> Unicamp | <input type="checkbox"/> Roth - Jarabak |
| <input type="checkbox"/> Downs | <input type="checkbox"/> USP / Unicamp | <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal |
| <input type="checkbox"/> Schwarz | <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> McNamara |

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

- PERIAPICAL COMPLETO (Boca toda)
 - Com laudo
 - Sem laudo (retira o exame na hora)
- INTERPROXIMAIS
 - 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		
								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®
 - Somente digital (Arquivo STL)
 - Marque aqui se deseja a impressão 3D do modelo digital

MODELO DE GESSO

- Zocalado
- De trabalho

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

Importante: Fazer jejum de 2 horas e realizar higiene bucal antes do exame

- 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.