

**Receba seus exames pelo nosso site e economize tempo e espaço no seu arquivo, seja ecologicamente correto**

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Identificação do Paciente</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de Nascimento: ____/____/____ Idade ____</p> <p>Fone: ( ) _____</p> <p><b>Data da Solicitação do Exame</b> Dia ____/____/____ Hora ____:____</p> <p>MOTIVO DO EXAME: _____</p> | <p><b>Requisitante</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>CRO: _____</p> <p>Fone: ( ) _____</p> <p>E-mail: _____</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**REQUISIÇÃO DE EXAMES** ☐ ENVIAR BLOCO DE REQUISIÇÃO

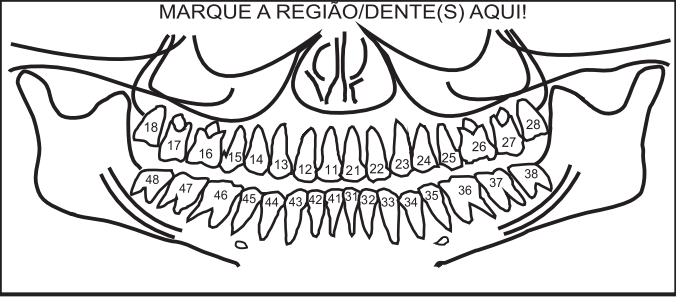
**EXTRABUCAIS DIGITAIS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PANORÂMICAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Panorâmica</p> <p><input type="checkbox"/> ATM - 2 posições</p> <p><input type="checkbox"/> ATM - 3 posições</p> <p><input type="checkbox"/> Protocolo para ATM (Panorâmica + ATM 2 posições)</p> <p><b>AXIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Submento - Vértex (Hirtz - visão do arco zigomático)</p> <p><b>MÃO E PUNHO / ÍNDICE CARPAL</b> <input type="checkbox"/></p> | <p><b>LATERAIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cefalométrica</p> <p><input type="checkbox"/> Técnica Combinada (Estudo dos Seios Paranasais) - P.A. Seio Frontal + P.A. Seio Maxilar + Lateral</p> <p><b>FRONTAIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> P. A. Seio Maxilar (Water's)</p> <p><input type="checkbox"/> P. A. Seio Frontal</p> <p><input type="checkbox"/> P. A. da mandíbula (Fronto-Naso)</p> <p><input type="checkbox"/> P.A. + Análise Frontal de Rickets <input type="checkbox"/> Outra _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO</b></p> <p><input type="radio"/> Digital (PDF) <input type="radio"/> Filme Radiográfico <input type="radio"/> Papel Fotográfico <input type="radio"/> Dicom</p> <p><b>IMPLANTODONTIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Maxila Completa <input type="checkbox"/> Mandíbula Completa</p> <p><input type="radio"/> Com medidas anatômicas de altura e espessura</p> <p><input type="radio"/> Segue o guia cirúrgico com o paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliação do enxerto ósseo/Região _____</p> <p><input type="checkbox"/> Incidência do Zigomático</p> <p><input type="checkbox"/> Outras Regiões (Assinale no odontograma ao lado)</p> <p><input type="checkbox"/> Dicom para Cirurgia Guiada <input type="checkbox"/> Dicom para Prototipagem</p> <p>Sistema de Implante: _____</p> <p><b>CIRURGIA GUIADA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tomografia (marca arcada desejada) + Escaneamento</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografia do paciente mais Prótese com marcadores</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografia da Prótese com marcadores</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografia com arcadas fora de oclusão</p> <p>E-mail para envio: _____</p> <p><b>ENDODONTIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de Dilatação Radicular _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de Perfuração Radicular _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de trepanações / 4º Conducto _____</p> <p><b>PERIODONTIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Envolvimento de furca <input type="checkbox"/> Pesquisa de lesões</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de fraturas radiculares <input type="checkbox"/> Outras Pesquisas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliação da perda óssea alveolar _____</p> | <p><b>ESTUDO DA ATM</b></p> <p><input type="checkbox"/> Boca Aberta <input type="checkbox"/> Boca Semi-aberta <input type="checkbox"/> Boca Fechada</p> <p><b>SEIOS DA FACE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Maxilares <input type="checkbox"/> Frontais <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo Completo dos Seios Paranasais</p> <p><b>CIRURGIA ORAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Patologia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de Fratura _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dente Incluso ou Supranumerário</p> <p><input type="checkbox"/> 3ºs Molares (posicionamento e/ou relação com o canal mandibular / seio maxilar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outra Pesquisa _____</p> <p><b>ORTODONTIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Protocolo SYM - Análise cefalométrica e de simetria nas 3 dimensões</p> <p><input type="checkbox"/> Disjunção Palatina</p> <p><input type="checkbox"/> Diâmetros mesio-distais de caninos e pré-molares</p> <p><input type="checkbox"/> Espaço aéreo (adenóides e língua)</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**MARQUE A REGIÃO/DENTE(S) AQUI!!**



Atenção! O CD só é fornecido para tomografias completas de maxila e/ou mandíbula. Não é fornecido para tomografias de regiões.

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INTRABUCAIS | <b>PERIAPICAIS</b><br><input type="checkbox"/> Periapical completa (ERCAD)<br><input type="checkbox"/> Dentes assinalados<br><b>INTERPROXIMAIS (BITE WING)</b><br><input type="checkbox"/> Molares<br><input type="checkbox"/> Pré-molares<br><input type="checkbox"/> Anteriores (Téc. de Lowet) |  | <b>OCCLUSAL MAXILA</b><br><input type="checkbox"/> Total<br><input type="checkbox"/> Parcial. Especifique: _____<br><br><b>OCCLUSAL MANDÍBULA</b><br><input type="checkbox"/> Total<br><input type="checkbox"/> Parcial. Especifique: _____ |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                             |                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| LOCALIZAÇÃO | <b>DENTE INCLUSO OU CORPO ESTRANHO / Região:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Técnica de Clark (03 periapicais)<br><input type="checkbox"/> Técnica Combinada (Clark, oclusal e lateral) | <b>3º MOLAR INFERIOR</b><br><input type="checkbox"/> Modificada de Donovan<br><input type="checkbox"/> Técnica de Miller Winter<br><input type="checkbox"/> Método de Parma | <b>3º MOLAR SUPERIOR</b><br><input type="checkbox"/> Método de Le Master (superior) |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESCANEAMENTO INTRA ORAL</b><br><input type="checkbox"/> Arquivo STL<br><input type="checkbox"/> Invisaling<br><input type="checkbox"/> Modelo Digital<br><input type="checkbox"/> Modelo Impresso <input type="radio"/> Com base <input type="radio"/> Sem base | <b>GESSO</b><br><input type="checkbox"/> Modelos ortodônticos<br><input type="checkbox"/> Modelos de trabalho (gesso tipo IV) | <b>RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE</b><br>- Evitar alimentação 1 hora antes do exame<br>- Remover todos os acessórios metálicos da cabeça e pescoço, como cordões, brincos, piercings, próteses e aparelhos removíveis<br>- Informe ao técnico a possibilidade de gravidez |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

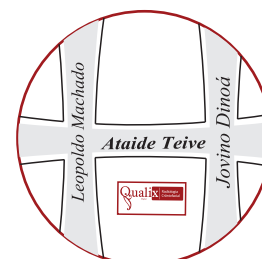
| DOCUMENTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORTODONTIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <b>Documentação Eco digital:</b> Panorâmica + telerradiografia + 2 análise cefalométrica + 8 fotos + modelo somente digital (sem arquivo STL).<br><input type="checkbox"/> <b>Documentação Padrão:</b> Panorâmica + telerradiografia + 2 análise cefalométrica + 8 fotos + modelo 3D (impresso).<br><input type="checkbox"/> <b>Documentação Completa:</b> Panorâmica + telerradiografia + 2 análise cefalométrica com transparência + 2 periapicais anteriores + 8 fotos + modelo 3D convencional (impresso).<br><input type="checkbox"/> <b>Documentação Final:</b> Panorâmica + 8 fotos.<br><input type="checkbox"/> NOVO! PROTOCOLO SYM + 8 Fotos (análise cefalométrica e das assimetrias dento-esqueléticas).<br><input type="checkbox"/> ANÁLISE FACIAL                                                                                                                                                  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">TRACADOS DE ESCOLHA</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Adenóides<br/> <input type="checkbox"/> Alexander<br/> <input type="checkbox"/> Apnéia do sono<br/> <input type="checkbox"/> Bimler<br/> <input type="checkbox"/> Downs<br/> <input type="checkbox"/> Galieri<br/> <input type="checkbox"/> Jaraback<br/> <input type="checkbox"/> Mc Namara<br/> <input type="checkbox"/> Profis<br/> <input type="checkbox"/> Petrovik<br/> <input type="checkbox"/> Erupção do 3º Molar<br/> <input type="checkbox"/> Outros: _____         </td> <td> <input type="checkbox"/> Rickets<br/> <input type="checkbox"/> Schwartz<br/> <input type="checkbox"/> Steiner<br/> <input type="checkbox"/> Tweed<br/> <input type="checkbox"/> UNESP<br/> <input type="checkbox"/> Unicamp<br/> <input type="checkbox"/> USP<br/> <input type="checkbox"/> USP-Unicamp         </td> </tr> </table> | TRACADOS DE ESCOLHA |  | <input type="checkbox"/> Adenóides<br><input type="checkbox"/> Alexander<br><input type="checkbox"/> Apnéia do sono<br><input type="checkbox"/> Bimler<br><input type="checkbox"/> Downs<br><input type="checkbox"/> Galieri<br><input type="checkbox"/> Jaraback<br><input type="checkbox"/> Mc Namara<br><input type="checkbox"/> Profis<br><input type="checkbox"/> Petrovik<br><input type="checkbox"/> Erupção do 3º Molar<br><input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| TRACADOS DE ESCOLHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Adenóides<br><input type="checkbox"/> Alexander<br><input type="checkbox"/> Apnéia do sono<br><input type="checkbox"/> Bimler<br><input type="checkbox"/> Downs<br><input type="checkbox"/> Galieri<br><input type="checkbox"/> Jaraback<br><input type="checkbox"/> Mc Namara<br><input type="checkbox"/> Profis<br><input type="checkbox"/> Petrovik<br><input type="checkbox"/> Erupção do 3º Molar<br><input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Rickets<br><input type="checkbox"/> Schwartz<br><input type="checkbox"/> Steiner<br><input type="checkbox"/> Tweed<br><input type="checkbox"/> UNESP<br><input type="checkbox"/> Unicamp<br><input type="checkbox"/> USP<br><input type="checkbox"/> USP-Unicamp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| OUTRAS ESPECIALIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>PERIODONTIA:</b> Panorâmica + Periapical completa + Interproximais de pré-molares e molares + 8 fotos<br><input type="checkbox"/> <b>IMPLANTODONTIA:</b> Panorâmica com traçado + Modelo de trabalho + 8 fotos + Modelo de trabalho<br><input type="checkbox"/> <b>PRÓTESE:</b> Panorâmica + Periapical Completa + Modelo de trabalho + 8 Fotos + Modelo de trabalho<br><input type="checkbox"/> <b>ATM:</b> ATM 2 Posições + Panorâmica + 1 foto frontal + Modelo de estudo<br><b>OPÇÃO DO MODELO DE TRABALHO / ESTUDO:</b> <input type="checkbox"/> ARQUIVO STL <input type="checkbox"/> MODELO SOMENTE DIGITAL (SEM ARQUIVO STL)<br><input type="checkbox"/> MODELO 3D (IMPRESSO) <input type="checkbox"/> MODELO CONVENCIONAL (IMPRESSO)                                                                                                                                                                 |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| <b>PROTOCOLO DE FOTOS</b><br><input type="checkbox"/> <b>PROTOCOLO ESTÉTICO BÁSICO:</b> Fotos Extra-orais (Frontal, Frontal com afastador, 12 h, Perfil-Repouso, Perfil-Sorrindo) . Fotos Intra-Orais (Oclusal superior)<br><input type="checkbox"/> <b>PROTOCOLO ESTÉTICO COMPLETO:</b> Fotos Extra-orais (Lábio em repouso, Sorriso, Dentes afastados, Frontal com afastador, 45° repouso, 45° sorriso, Perfil repouso, Perfil sorriso e 12h) e Fotos Intra-Orais (Lábio em repouso, Sorriso, Dentes afastados, Frontal com afastador, 45° repouso, 45° sorriso, Frontal e oclusal superior) + Vídeos (Face, close do sorriso e guias funcionais). | <b>FOTOS DAS DOCS</b><br><b>Fotos inclusas nas documentações</b><br><input type="checkbox"/> 5 Fotos* <input type="checkbox"/> 8 Fotos**<br><table border="1"> <tr> <th>Extrabucais</th> <th>Intrabucais</th> <th>Extrabucais</th> <th>Intrabucais</th> </tr> <tr> <td>• Frente</td> <td>• Frontal</td> <td>• Frente</td> <td>• Frontal</td> </tr> <tr> <td>• Perfil</td> <td>• 2 Laterais</td> <td>• Sorriso</td> <td>• 2 Laterais</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>• Perfil</td> <td>• 2 Oclusais</td> </tr> </table> | Extrabucais | Intrabucais  | Extrabucais | Intrabucais | • Frente | • Frontal | • Frente | • Frontal | • Perfil | • 2 Laterais | • Sorriso | • 2 Laterais |  |  | • Perfil | • 2 Oclusais |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|-----------|--------------|--|--|----------|--------------|
| Extrabucais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Intrabucais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Extrabucais | Intrabucais  |             |             |          |           |          |           |          |              |           |              |  |  |          |              |
| • Frente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | • Frontal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | • Frente    | • Frontal    |             |             |          |           |          |           |          |              |           |              |  |  |          |              |
| • Perfil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | • 2 Laterais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | • Sorriso   | • 2 Laterais |             |             |          |           |          |           |          |              |           |              |  |  |          |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | • Perfil    | • 2 Oclusais |             |             |          |           |          |           |          |              |           |              |  |  |          |              |

**Radiografias  
100% Digitais!**

**ATENDIMENTO COM HORA MARCADA**

-SEGUNDA À QUINTA DAS 08H ÀS 19H E SEXTA DE 08H ÀS 18:00H;  
 -VALORES INFORMADOS POR TELEFONE SERÃO CONFIRMADOS NO ATO DO EXAME;  
 -OS EXAMES FICARÃO DISPONÍVEIS PARA RETIRADA NA UNIDADE POR 90 DIAS.



Impressão 3D, Radiografias Panorâmicas e Telerradiografia Digital, Radiografia Periapicais e Oclusais Digitais, Tomografia computadorizada 3D

**Avenida Ataíde Teive 1081 B, Centro**