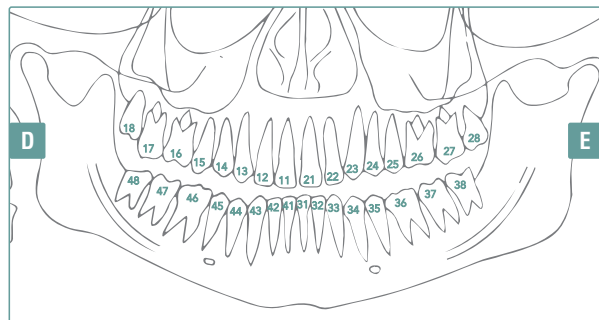


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



- ☐ MAXILA TOTAL
☐ MANDÍBULA TOTAL
☐ SEGMENTADA
REGIÃO: _____
☐ SEIOS DA FACE
☐ ZIGOMÁTICO
☐ ATM – CABEÇA DA MANDIBULA
☐ 1 POSIÇÃO ☐ 2 POSIÇÕES

3 - ASSINALE A FINALIDADE DO EXAME

- ☐ **IMPLANTES**
(MEDIDAS PARA IMPLANTES OU AVALIAÇÃO DE IMPLANTES EXISTENTES)
- ☐ **DENTE INCLUSO**
(DENTES INCLUSOS; CANINO; SUPRA NUMERÁRIO)
- ☐ **ENDODONTIA**
(CURVATURA RADICULAR; LESÃO DE FURCA; CANAIS ACESSÓRIOS; 4º CANAL)
- ☐ **ENDODONTIA / FRATURA / TRINCA**
(PESQUISA DE TRINCA/FRATURA DENTÁRIA; PERFURAÇÃO; TREPANAÇÃO)
- ☐ **ORTODONTIA**
(AVALIAÇÃO DA ESPESSURA ÓSSEA DE DENTES EM INTERESSE)
- ☐ **AUMENTO DE COROA CLÍNICA (GENGIVECTOMIA)**
(AUMENTO DE COROA CLÍNICA; GENGIVECTOMIA; PLASTIA GENGIVAL.)
- ☐ **ARCO ZIGOMÁTICO**
(AVALIAÇÃO DE ESPESSURA DO OSSO ZIGOMÁTICO)
- ☐ **PATOLOGIA**
(PESQUISA: LESÃO; ANATOMIA IRREGULAR; FRATURA ÓSSEA)
- ☐ **PERIODONTIA**
(AVALIAR A PERDA ÓSSEA DA ARCADA SOLICITADA)
- ☐ **3º MOLARES**
(AVALIAÇÃO: PRÉ OU PÓS EXTRAÇÃO; ANATOMIA RADICULAR)
- ☐ **PROTOCOLO MARPE**
(AVALIAÇÃO DO PALATO PARA INSTALAÇÃO DE APARELHO)
- ☐ **INVISALIGN**
(TOMOGRAFIA DA MAXILA E MANDÍBULA EM OCLUSÃO DESTINADO AO CLINCHECK)

SOFTWARES PARA VISUALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO VIRTUAL

☐ DENTAL SLICE ☐ IMPLANTVIEWER ☐ ON DEMAND

CIRURGIA GUIADA

☐ TOMO DE 1 ARCADA + ESCANEAMENTO DE GUIA OU INTRAORAL + SOFTWARE PARA PLANEJAMENTO

☐ TOMO DE 2 ARCADA + ESCANEAMENTO DE GUIA OU INTRAORAL + SOFTWARE PARA PLANEJAMENTO

REGIÃO DO IMPLANTE _____ MARCA DO IMPLANTE _____

☐ PLANEJAMENTO VIRTUAL DE IMPLANTES ☐ CONFECÇÃO DO GUIA CIRÚRGICO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO



RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA DIGITAL

UNIDADE OLÍMPIA

17 3281 1917 ou 17 98113 4000^ℹ

Rua Joaquim Miguel dos Santos 565 - Centro - 15400061

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

Data de Nascimento

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitado por

CRO

Endereço

Telefone



UNIDADE OLÍMPIA

Rua Joaquim Miguel dos Santos 565 - Centro - CEP 15400061



TRACE A ROTA PELO
GOOGLE MAPS

R.T.: Wesley Teixeira de Oliveira
CRO Responsável: CROSP 146835
CRO Clínica: SP-EPAO 027098

INFORMAÇÕES

- Atendimento com hora marcada;
- Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;
- Segunda à Sexta das 08h às 18h e Sábado das 08h às 12h;

EXAMES 2D

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

- ☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- ☐ PANORÂMICA CONVENCIONAL

FINALIDADE: _____

- ☐ PANORÂMICA PARA IMPLANTE COM TRAÇADO ANATÔMICO

REGIÃO: _____

- ☐ TRANSFACIAL DE ATM - 2 POSIÇÕES

TELERRADIOGRAFIA LATERAL

- ☐ SEM TRAÇADO
☐ COM TRAÇADO

TELERRADIOGRAFIA FRONTAL

- ☐ AP ☐ PA
☐ SEIOS DA FACE (WATERS)

ÍNDICE CARPAL

- ☐ CURVA DE CRESCIMENTO
☐ IDADE ÓSSEA

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

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

PERIAPICAL

- ☐ DENTES ASSINALADOS
☐ TÉCNICA DE CLARK
☐ BOCA TODA

INTERPROXIMAL

- ☐ MOLARES ☐ D ☐ E
☐ PRÉ-MOLARES ☐ D ☐ E

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO

DOCUMENTAÇÕES

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

- ☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

2 - ASSINALE A DOCUMENTAÇÃO

DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA

- ☐ PAN + TELE COM TRAÇADOS + 6 FOTOS + MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)

DOCUMENTAÇÃO ECONÔMICA

- ☐ PAN + TELE COM TRAÇADOS + 8 FOTOS + PERIAPICAL DE INCISIVOS (SEM MODELO)

3 - ASSINALE O TIPO DE MODELO

- ☐ SEM MODELO
☐ MODELO DIGITAL - STL
☐ MODELO DE RESOLUÇÃO ALTA (RESINA)

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- ☐ PAN + TELE COM TRAÇADOS + 8 FOTOS + PERIAPICAIS DE INCISIVOS + MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA CARPAL

- ☐ PAN + TELE COM TRAÇADOS + CARPAL + 8 FOTOS + PERIAPICAIS DE INCISIVOS + MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)

ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- ☐ ADENÓIDE ☐ PROFIS ☐ JARABAK ☐ MACNAMARA ☐ PETROVICK
☐ RICKETTS ☐ TREVISI ☐ USP ☐ USP/UNICAMP ☐ OUTRAS _____

SERVIÇOS OPCIONAIS

- ☐ PERIAPICAIS DE INCISIVOS ☐ FOTOS EXTRA (3) ☐ CARPAL ☐ ANÁLISE FACIAL
☐ FOTOS OCLUSAIS (2) ☐ FOTOS INTRA (3) ☐ TELE FRONTAL
☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL
FINALIDADE: _____

SMILE DESIGN DVI

- ☐ MOTIVACIONAL (FOTOS + MODELO DIGITAL + DESENHO DIGITAL DO SORRISO)
☐ MODELO IMPRESSO PARA MOCKUP ☐ GUIA PARA MOCKUP

SERVIÇOS DIGITAIS

- ☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL ☐ SETUP ORTODÔNTICO VIRTUAL
☐ PLACA DE CONTENÇÃO ☐ PERIOGUIDE
☐ PLACA MIORRELAXANTE ☐ COM ANÁLISE FACIAL ☐ SEM ANÁLISE FACIAL
☐ PLACA DE CLAREAMNETO ☐ BIOMODELO ☐ MANDÍBULA ☐ MAXILA
☐ MODELO 3D IMPRESSO ☐ ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)
☐ ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO