



UNIDADE CENTRO

RUA VISCONDE DE INHAÚMA, nº 571
Estacionamento Conveniado
16 3625-4926 | 16 3632-5891
16 98815-1224

UNIDADE IPIRANGA

AV. DOM PEDRO I, nº 543
Estacionamento Próprio
16 3625-4926 | 16 3632-5891
16 98870-4548

UNIDADE ALTO DA BOA VISTA

RUA DR. HORTÊNCIO M. RIBEIRO, nº 970
Estacionamento Próprio
16 3625-4926 | 16 3632-5891
16 99628-1741

☐ ENVIAR PEDIDOS DE EXAME

FORMA DE ENTREGA: ☐ Consultório ☐ Paciente ☐ Digital (EasyDoc)

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Dr(a):

Fone:

Fone:

Endereço:

E-mail:

Descreva aqui o motivo da solicitação do exame ou suspeita de diagnóstico:

RADIOGRAFIAS INTRA E EXTRABUCAIS - 2D

EXAME IMPRESSO

EXAME DIGITAL (EASYDOC)

☐ PANORÂMICA

- ☐ Semi-Aberta ☐ Com laudo
☐ Em oclusão ☐ Sem laudo (Entrega imediata)
☐ Desenho anatômico / Região: _____

☐ TELERRADIOGRAFIA ☐ Lateral ☐ Frontal

☐ Com traçado (assinale a análise)

☐ MÃO E PUNHO - Índice Carpal idade óssea

☐ ATM - RX TRANSFACIAL (Boca fechada e aberta)

☐ OCLUSAL ☐ Maxila ☐ Mandíbula

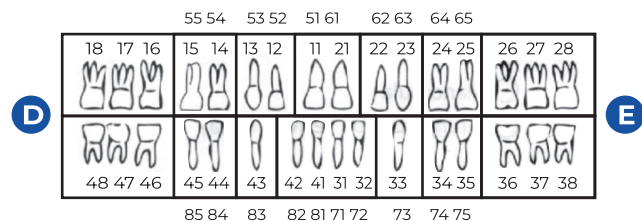
Obs.: _____

☐ INTERPROXIMAL

- ☐ Região de Molares ☐ Lado Direito ☐ Lado Esquerdo
☐ Região de Pré Molares ☐ Lado Direito ☐ Lado Esquerdo

☐ PERIAPICAL

- ☐ Boca Toda
☐ Parcial - Assinale abaixo:



DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

 AGENDE SEU HORÁRIO

EXAME IMPRESSO

EXAME DIGITAL (EASYDOC)

☐ DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA

Panorâmica, telerradiografia lateral, 2 traçados cefalométricos, 3 fotos extrabucais e 5 intrabucais.

☐ DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

Panorâmica, periapicais dos incisivos, telerradiografia lateral, 3 traçados cefalométricos, 3 fotos extrabucais e 5 intrabucais.

ESCOLHA O TIPO DE MODELO:

- ☐ Digital (.STL) ☐ Filamento ☐ Sem modelo
☐ Gesso ☐ Resina (alta resolução)

☐ DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA

Panorâmica, telerradiografia lateral, 3 traçados cefalométricos 3 fotos extrabucais, 5 intrabucais modelo de estudo, modelo de trabalho e rx mão e punho.

☐ DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES

Documentação simplificada + modelo digital (.STL)
Indique o sistema: _____

☐ CHECK-UP

Panorâmica e escaneamento digital.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

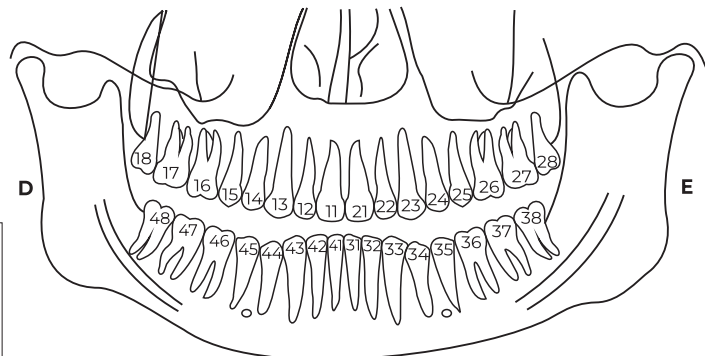
- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ USP / Unicamp | ☐ Laverne-Petrovic | ☐ Tweed | ☐ Adenóides |
| ☐ Ricketts Lateral | ☐ Bimler | ☐ Downs | ☐ Trevisi |
| ☐ McNamara | ☐ Ricketts Frontal | ☐ Profis | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Roth-Jarabak | ☐ Steiner | ☐ Apnéia do sono | |

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 3D - ALTA RESOLUÇÃO HD

- | | |
|---|---|
| ☐ Segmentada / Parcial | ☐ ATM |
| ☐ Maxila total | ☐ Com Afastador labial |
| ☐ Mandíbula total | ☐ Face Total |
| ☐ Maxila + Mandíbula | |



Dentes / Região assinalados abaixo:



FINALIDADE DA TOMOGRAFIA

- | | |
|--|--|
| ☐ Implante | ☐ Perfuração / Trepanação |
| ☐ Dente Incluso | ☐ Localização de Supranumerário |
| ☐ Periodontia | ☐ Área Patológica |
| ☐ Endodontia | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Suspeita de Fratura | |
| ☐ Diagnóstico de ATM | |
| ☐ Boca Fechada | |
| ☐ Boca Aberta | |
| ☐ Repouso | |

Observações clínicas:

PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO

- | | | | |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ i-Dixel (Morita) | ☐ E-Vol | ☐ ImplantViewer | ☐ DentalSlice |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------------|

☐ Enviar Dicom

AGENDE SEU HORÁRIO

PROTOCOLO PARA CIRURGIA GUIADA

Protocolo para Cirurgia Guiada: tomografia de 1 ou 2 arcadas + escaneamento intraoral ou tomografia da prótese.

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Implantodontia: | ☐ Maxila | ☐ Mandíbula |
| Quantidade de elementos: _____ | | |
| ☐ Endodontia: | ☐ Maxila | ☐ Mandíbula |
| ☐ Periodontia: | ☐ Maxila | ☐ Mandíbula |

- | |
|--|
| ☐ Escaneamento intraoral |
| ☐ Tomografia da prótese com marcação de Guta Percha |
| ☐ Observações clínicas: _____ |

OUTROS PROTOCOLOS

- | |
|---|
| ☐ Protocolo SYM 3D: Tomografia da face total + 9 fotografias + análise SYM 3D |
| ☐ Protocolo Marpe |
| ☐ Protocolo Ortognática: Tomografia da face total + 3 fotos da face |
| ☐ Outros: _____ |

PROTOTIPAGEM (biomodelos)

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Maxila | ☐ Mandíbula | ☐ Estendida |
| ☐ Segmentada da região: _____ | | |
| ☐ Janela para o dente: _____ | | |

OUTROS SERVIÇOS

- | |
|--|
| ☐ Escaneamento Intraoral* (modelo digital) |
| INDIQUE O SISTEMA: _____ |
| ☐ Fotos |
| ☐ Extrabucais (3) |
| ☐ Intra-bucais (5) |
| ☐ Overjet (2) |

Modelo ortodôntico

- | |
|--|
| ☐ Modelo em Resina (alta resolução) |
| ☐ Modelo em Filamento |
| ☐ Modelo de Gesso |
| ☐ Modelo de trabalho (gesso) |
| ☐ Discrepância de modelos |



Scanner i-Tero



Veraview X800 - MORITA
HD - Alta Resolução

A mais alta tecnologia a sua disposição!

LOCALIZAÇÃO E ESTACIONAMENTO

UNIDADE CENTRO



UNIDADE IPIRANGA



UNIDADE ALTO DA BOA VISTA

