



Qualidade e precisão  
na sua prática clínica?  
**Opte pela Alta Resolução!**

Paciente \_\_\_\_\_  
Fone \_\_\_\_\_ Nasc. \_\_\_\_\_  
Doutor(a) \_\_\_\_\_  
Fone \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_

#### FORMA DE ENTREGA

Entregar ao paciente  Impresso (filme)  
 Entregar no consultório  Digital

e-mail: \_\_\_\_\_

#### EXAME AGENDADO

Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

É **indispensável a apresentação da requisição** no ato do exame!

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES AO PACIENTE

- Você pode marcar seu exame pelo telefone, whatsapp no número 19 3875.2452, direto na clínica na Rua Armando Salles de Oliveira, 1725, Cidade Nova I, Indaiatuba/SP ou **escaneando o QR Code**.
- Para agendamento de tomografia, guia e planejamentos somente pelo whatsapp 19 38752452.
- **Estacionamento exclusivo pra clientes:**  
Segunda à sexta-feira: das 08h às 17h45 | Sábado: das 08h às 12h



# CBCT - TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO - X800

## MÉDIO E GRANDE VOLUME

\* sinaliza campo obrigatório

**1° PASSO** Motivo do exame\* \_\_\_\_\_  incluir laudo narrado

**2° PASSO** Escolha a finalidade do seu exame \*

- |  |   |               |
|--|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Seios da face                   | <input type="checkbox"/> Implante                 | Dentes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Orto                            | <input type="checkbox"/> Periodontia              | Dentes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dentes inclusos/supranumerários | <input type="checkbox"/> Aumento de coroa clínica | Dentes: _____ |
| <input type="checkbox"/> ATM                             |   |               |

**3° PASSO** Escolha a região do seu exame \*

- Maxila completa     Mandíbula completa     Região do dente: \_\_\_\_\_

**4° PASSO** Escolha o tipo de tomografia \*

- Somente aquisição (inclui somente envio de viewer e dicom)  
     *Ondemanded*     *Idixel Onevolumeviewer*
- Completa (inclui envio de viewer e dicom + templates e laudo)

## PEQUENO VOLUME - FOV 4X4 (VOXEL 0.080mm)

\* sinaliza campo obrigatório

**1° PASSO** Escolha a finalidade do seu exame\* \_\_\_\_\_  incluir laudo narrado

- Fratura dentária     Pesquisa de canais     Perfuração radicular

**2° PASSO** Escolha a região do seu exame (até 3 dentes consecutivos) \*

Dentes: \_\_\_\_\_

**3° PASSO** Escolha o tipo de tomografia \*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Somente aquisição (inclui somente envio de viewer e dicom)    | <input type="checkbox"/> Idixel / Onevolumeviewer |
| <input type="checkbox"/> Completa (inclui envio de viewer e dicom + templates e laudo) | <input type="checkbox"/> Incluir laudo narrado    |

## PRODUTOS ADICIONAIS A SUA TOMOGRAFIA

- Laudo narrado para tomografias (endo, orto, dentes inclusos, supranumerários, ATM e pério)
- Relatório cirúrgico + vídeo de pré planejamento (para tomografias de implante)
- Solicitar um exemplar de um dos produtos acima. Telefone para envio: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS / HISTÓRICO CLÍNICO

---

---

---

---

---

# RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

## PERIAPICAL

- Unitária  
(assinale no odontograma)
- Boca toda

## INTERPROXIMAL

- Direito
- Esquerdo
- Pré-molares
- Molares

## OCCLUSAL

- Mandíbula
- Maxila

## TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO (CLARK) (assinale no odontograma)

- Corpo estranho
- Dente incluso

# RADIOGRAFIAS EXTRA-ORAIS

## PANORÂMICA

- Semi-aberta
- Em oclusão
- Com traçado para implante  
(assinale no odontograma)

## TELERRADIOGRAFIA

- Lateral (assinale cefalometria desejada)
- Frontal (pósterio-anterior) com traçado cefalométrica de Ricketts
- Seios da face (sem laudo médico)
- Idade óssea (índice carpal)

## ATM

- Em oclusão
- Semi aberta
- Máxima abertura

## RADIOGRAFIA INTRA-BUCAL

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

## RADIOGRAFIA EXTRA-ORAL

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

# FOTOS

## EXTRA-BUCAIS

- Frente
- Perfil
- Perfil mole
- Sorrindo
- Outras \_\_\_\_\_

## INTRA-BUCAIS

- Frente
- Lado direito
- Perfil esquerdo
- Overjet
- Oclusal inferior

## INTRA-BUCAIS

- Oclusal superior
- Sorriso aproximado
- Lateralidade direita
- Lateralidade esquerda
- Outras \_\_\_\_\_

# ESCANEAMENTO

## MODELO

- Ortodôntico (filamento)
- Trabalho (resina)
- Escaneamento
- Invisalign
- Outros alinhadores  
\_\_\_\_\_

# TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS

- Schwartz
- Ricketts
- Delmanto
- Petrovick
- McNamara
- Sassouni
- Jaraback
- Downs
- Unicamp
- Bimler
- Tweed
- USP
- Trevisi
- Profis
- USP - UNICAMP
- Steiner
- Outros \_\_\_\_\_

# DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

## 1 DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA

Telerradiografia lateral com traçado cefalométrico computadorizado, radiografia panorâmica semi-aberta com laudo, periapicais dos anteriores, 3 fotos extra-bucais (frente, sorrindo e perfil) 3 fotos intra-bucais (frente, lado direito e lado esquerdo), modelo ortodôntico, fichas clínicas, caixa para modelos e pasta.

## 2 DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA

Telerradiografia lateral com traçado cefalométrico computadorizado, radiografia panorâmica semi-aberta com laudo, periapicais dos anteriores, 3 fotos extra-bucais, 6 fotos intra-bucais, modelo ortodôntico, índice carpal, fichas clínicas, caixa para modelos e pasta.

## 3 DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL

Telerradiografia lateral com traçado cefalométrico computadorizado, radiografia panorâmica semi-aberta com laudo, periapicais dos anteriores, 3 fotos extra-bucais, 6 fotos intra-bucais, modelo ortodôntico, índice carpal, fichas clínicas, caixa para modelos, pasta e telerradiografia frontal (pósterio anterior com traçado computadorizado de Ricketts).

## 4 DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES

Telerradiografia lateral com traçado cefalométrico computadorizado, radiografia panorâmica semi-aberta com laudo, 5 fotos intra-bucais (frente, lado direito, lado esquerdo, oclusal inferior e oclusal superior) e 3 fotos extra-bucais (frente, sorrindo e perfil), escaneamento intra-oral, modelo 3D no orthocad.

Invisalign  Outros alinhadores  C/ modelo impresso  S/ modelo impresso

## 5 DOCUMENTAÇÃO PERSONALIZADA \_\_\_\_\_

# FLUXO DIGITAL / CIRURGIA GUIADA

## PRÉ PLANEJAMENTO SOMENTE (VÍDEO E RELATÓRIO PDF)

- Para cirurgia guiada de implantes  
Elementos \_\_\_\_\_
- Para cirurgia guiada de edodontia  
Elementos \_\_\_\_\_
- Para cirurgia guiada de periodontia  
Elementos \_\_\_\_\_

- Tomografia de maxila  
 Tomografia de mandíbula  
 Escaneamento intraoral  
 Autorizo envio para Technoguide

Marca e modelo do implante: \_\_\_\_\_

## PLANEJAMENTO + GUIA CIRURGICA (INCLUI ENVIO DO GUIA C/ ANILHAS)

- Desdentado otal  
Tomo. com prótese em boca + tomo. da prótese com marcações
- Desdentado Parcial  
Tomografia + escaneamento intraoral  
Elementos \_\_\_\_\_

- Tomografia de maxila  
 Tomografia de mandíbula  
 Escaneamento intraoral  
 Autorizo envio para Technoguide

Marca e modelo do implante: \_\_\_\_\_

## OUTROS SERVIÇOS / CIRURGIA GUIADA (INCLUI ENVIO DO GUIA / PLACA IMPRESSA)

- Placa de bruxismo  
 Guia cirurgia de periodontia  
 Guia cirurgia de endodontia  
 Encerramento digital *Elemento* \_\_\_\_\_

- Tomografia de maxila  
 Tomografia de mandíbula  
 Escaneamento intraoral  
 Autorizo envio para Technoguide