



Central de Atendimento: (41) 3014-7272

• Unidade Água Verde:

Av. República Argentina, 665 - Cj. 1306 | CLM 919

• Unidade Centro:

Rua Ebano Pereira, 60 - Cj. 802 | CLM 3504

www.radiocentercuritiba.com.br

Responsável Técnica: Dra. Paula de Moura | CRO 9935 PR

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
(Campo obrigatório)

Fone: _____
(Campo obrigatório)

Data Nasc: _____

Convênio: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome: _____
(Campo obrigatório)

Endereço: _____
(Campo obrigatório)

Fone: _____ CRO: _____
(Campo obrigatório) (Campo obrigatório)

E-mail: _____
(Campo obrigatório)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM Somente Digital (S/Impressão)

ESPECIALIDADE: _____

Motivo Exame: _____

Dente Retido: _____

Pesquisa de Fratura: _____

ESPECIFICAR ÁREA



EXAMES DE TOMOGRAFIA

Tomografia 1 ou 2 Elementos _____

Tomografia 1 Hemi arco _____

Tomografia 1 Arco _____

Tomografia 3 Hemi arcos _____

Tomografia 2 Arcos

Tom. ATM 1 Posição 2 Posições 3 Posições

Neuro Oclusal

Tom. Apneia do Sono

Tomografia Vias Aéreas e Seios Paranasais

Tomografia de Zigomático

Protocolo Dento Gengival C/ Foto S/Foto

PLANEJAMENTOS/IMPRESSÃO 3D

Estética Oro Facial Demais Combos

Prótese Ortognática

SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA

Incidência Tomográfica para Prototipagem

Região: _____ Tipo: Transparente Opaco

DICOM

Prexion Viewer

i-CAT Vision

Biotomo Dental Slice Maxila Mandíbula

Dental Slice Maxila Mandíbula

DOCUMENTAÇÕES TOMOGRÁFICAS

Documentação Tomográfica

Protocolo Compass 3D

(Scan Intraoral, 8 fotos, Análise 3d, Vista Panorâmica, Tele (E/D), PA, Cortes Transversais Anteriores)

Protocolo SYM 3D

Documentação Alinhadores Ortodônticos

Invisalign

(Scan Intraoral, 8 fotos, Pano, Tele c/ Traçado _____)

Orthoaligner

(Scan Intraoral, 8 fotos, DICOM)

Clear Correct

Outros Sistemas: _____

Cefalometria 3D Compass 3D SYM 3D

Documentação Cirurgia Guiada Neoguide Straumann

Surge Guide (Compass 3D)

GUIAS CIRÚRGICAS

Implante Sistema: _____

Maxila Parcial Total Mandíbula

Provisório PMMA fresada Total PMMA fresada Parcial - Dente: _____

Endodontia (Endoguide) Dente: _____

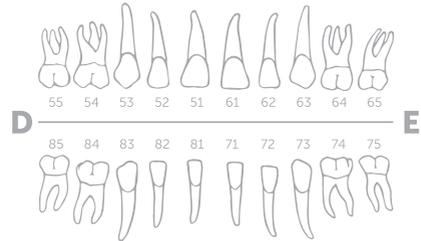
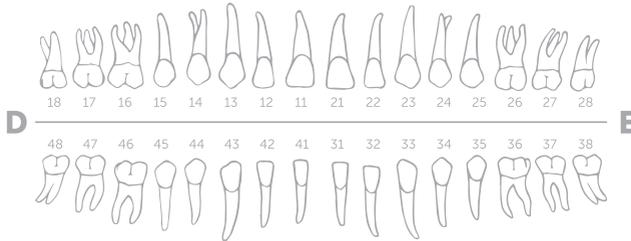
Periodontal (Perioguide) Região: _____

DOCUMENTAÇÕES

- Documentação Ortodôntica**
- Modelo Físico Scan Intraoral
- 6 8 Fotos, Pano, Tele, Traçado: _____
- RX PA Frontal Com Cefalometria

- Documentação Econômica** Modelo Físico Scan Intraoral
- 6 Fotos, Pano, Tele, Traçado: _____
- Documentação Periodontal** Modelo Físico Scan Intraoral
- (Pano, Levantamento Periapical 4 interproximais, 6 Fotos em pasta)

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS



- Periapicais Individuais** (Assinalar no Odontograma) **Levantamento Periapical Completo**

- Interproximais** Molares D E
- Pré-Molares D E
- Oclusal** Superior Inferior

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

- RX Panorâmico** Express (Leva já!) C/ Traçado Anatômico
- PA Frontal** Com Cefalometria
- Telerradiografia Lateral** Traçado: _____
- Carpal**
- RX ATM** 2 Posições 3 Posições

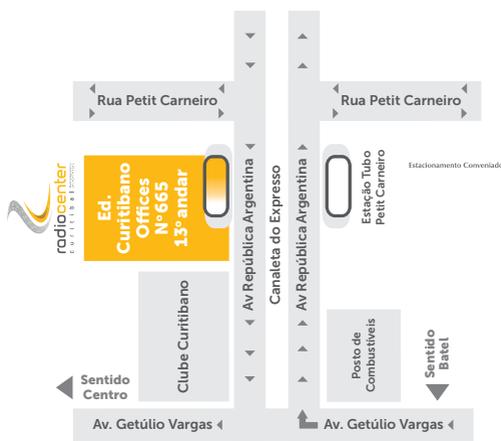
SERVIÇOS AVULSOS

- Scan Intraoral Modelo Estudo Modelo Trabalho (Gesso) Impresso

Observações: _____

UNIDADE ÁGUA VERDE

Av. República Argentina, 665 - Cj. 1306



Central de Atendimento:
(41) 3014-7272

Horário de Atendimento

Segunda à Sexta:
08:15h - 19:00

Sábado:
09:00h - 13:00h

UNIDADE CENTRO

Rua Ébano Pereira, 60 - Cj. 802

