

• **Unidade Bigorriho:**

Rua Padre Anchieta, 2285 - Cj. 1301

• **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

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
(Campo obrigatório)

Fone: _____
(Campo obrigatório)

Data Nasc: _____

Convênio: _____

E-mail: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome: _____
(Campo obrigatório)

Endereço: _____
(Campo obrigatório)

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

E-mail: _____
(Campo obrigatório)

Especialidade: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Somente Digital (S/Impressão)

MOTIVO DO EXAME:

Dente Retido Fratura Endo

Região: _____

SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA

DICOM (Sem edição de imagens)

Evol Viewer

Dental Slice

Maxila

Mandíbula

ESPECIFICAR ÁREA

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

EXAMES DE TOMOGRAFIA

(Exame editado em templates)

Tomo 1 ou 2 Elementos (consecutivos) _____

Tomo 1 Hemi arco _____

Tomo 1 Arco _____

Tomo 3 Hemi arcos _____

Tomo 2 Arcos

Tom. ATM 1 Posição 2 Posições 3 Posições

Protocolo Neuro Oclusal

Oclusal Superior Inferior

Tomo Vias Aéreas e Seios Paranasais / Apnéia

Tomo de Zigomático

Escaneamento de Face

Protocolo Dento Gengival

C/ Foto S/ Foto C/ Scan S/ Scan

DOCUMENTAÇÕES TOMOGRÁFICAS

Doc Tomo com Cefalometria 3D

Compass 3d SYM 3D Easy 3D

GUIAS CIRÚRGICAS

Indicar Sistema Utilizado: _____

Maxila Parcial Total

Mandíbula Parcial Total

DICOM com Expandex:

Maxila Parcial Total

Mandíbula Parcial Total

Scaneamento (STL)

DOCUMENTAÇÃO ALINHADORES ORTODÔNTICOS

Invisalign ID: _____ E-mail Invisa: _____

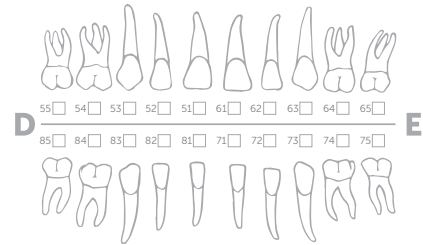
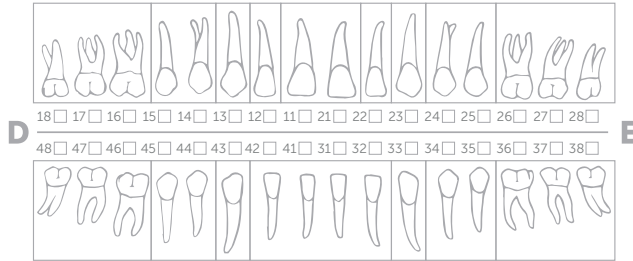
Orthoaligner Clear Correct 2D Clear Correct 3D

Outros sistemas _____

DOCUMENTAÇÕES

- Documentação Ortodôntica** 6 8 Fotos, Pano, Tele, Traçado tipo: _____ RX PA Frontal
- Scan Intraoral** (modelo virtual) Impressão Modelo Trabalho Impressão Modelo Estudo
- Moldagem Modelo Gesso**

RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS



- Periapicais Individuais** (Assinalar no Odontograma) **Levantamento Periapical Completo** **Interproximais** Molares D E Pré-Molares D E

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

SERVIÇOS AVULSOS

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

- Scan Intraoral** (Modelo Virtual) **Modelo Gesso**
- Impressão modelo de trabalho Modelo de trabalho
- Impressão modelo de estudo Modelo de estudo

Observações: _____



Tecnologia

Alta Performance
Imagens precisas e em alta definição

Estendido

Horário Estendido
Mais opções para atender seu paciente

Segunda à Sexta-Feira
das 07:00h às 20:00h
Sábado das 08:00h às 13:00h

Express

Exames Express
Acesso online ou impresso

Premium

Atendimento Premium
Empatia e exclusividade de forma plena

Central de Atendimento:
(41) 3014-7272



UNIDADE BIGORRILHO
R. Padre Anchieta, 2285
Cj. 1301



UNIDADE ÁGUA VERDE
Av. República Argentina, 665
Cj. 1306



UNIDADE CENTRO
Rua Ébano Pereira, 60
Cj. 802