



VINICIUS MUNDSTOCK
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

CRO 13155

www.radioexame.com.br

SAPIRANGA

Rua Getúlio Vargas, 321 - Bairro Centro
Rua do Hospital Sapiroanga

CAMPO BOM

Av. Brasil, 3025 - sala 203 - 2º andar
Galeria Awallon

PAROBÉ

Rua João Correa, 139 - Sala 03 - Centro
em Frente a Farmácia Clínica

Telefones:

- Fixo: 51 3599-3913
- Cel.: 51 99234-1622
- Claro: 51 99107-5999
- vivo 51 99717-2027

RADIOLOGIA - DOCUMENTAÇÕES ODONTOLÓGICAS - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

PACIENTE: _____ DATA NASC.: _____ FONE: _____ DR(a): _____ FONE: _____ E-MAIL: _____	INFORMAÇÕES CLÍNICAS:
---	--

TOMOGRAFIA CONE BEAM

- Maxila Completa (arcada superior)
- Mandíbula Completa (arcada inferior)
- Região Individual (indicar): _____

- Visualização Tecidos Moles
- Com Medidas
- Sem Medidas
- ATM Esquerdo Direito Abertura Máxima Repouso
- Arquivos Dicom

TÉCNICAS DE LOCALIZAÇÃO:

- Patologias Tomografia A critério do Radiologista
- Dentes Retidos Técnica Clark
- Corpo Estranho Técnica Miller Winter Região: _____

PROTOTIPAGEM

- Maxila Mandíbula
- Determinar extensão dos limites: _____

- GUIA CIRÚRGICO** Maxila Mandíbula
- Tipo de prótese Cimentada Parafusada
- Número de implantes e regiões: _____
- Marca do implante: _____
- Tipo de Conexão: _____
- Acesso visual (janelas) _____
- Duplo escaneamento (guia tomográfico) _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

Assinale no odontograma abaixo os dentes ou regiões a serem radiografadas

Periapical



- Periapical completo
- Radiografia interproximal Molares Pré-molares Direito Esquerdo
- Radiografia oclusal Maxilar Total Direito Incisivos
- Mandibular Parcial Esquerdo

ESCANEAMENTO INTRA-ORAL E MODELOS

- Escaneamento Intra-Oral (Enviaremos o arquivo .stl)
- Modelo impresso em 3D: Escaneamento intra-oral + Impressão 3D (Enviaremos o arquivo .stl + Modelo impresso em impressora 3D)
- Modelo de estudo em Gesso
- Modelo de trabalho em Gesso
- Modelo Digitalizado: Modelo em Gesso + Escaneamento do mesmo (Enviaremos o modelo em gesso + Arquivo .stl)
- Placa de Clareamento: Modelo em Gesso + Placa (Enviaremos o modelo em gesso + Placa de clareamento)

Observações Clínicas:

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- Panorâmica Topo Oclusão Com Laudo Sem Laudo
- Panorâmica com Interproximais Topo Oclusão Com Laudo Sem Laudo
- Telerradiografia Lateral Frontal (PA) Com traçado Sem traçado
- Índice carpal (mão e punho) Sesamóide
- Lateral oblíqua da mandíbula Corpo Ramo Lado direito Lado esquerdo
- Crânio (P.A) Perfil Hirtz
- ATM (visão lateral, boca aberta e fechada)
- Outras incidências: _____

ALINHADORES

- Escaneamento Superior e Inferior
- Modelo Impresso
- Somente arquivo .stl (Enviar para empresa alinhador)

Observações Clínicas (indique a empresa de alinhadores):

FOTOS

- 3 de rosto (frente perfil) Overjet 2 oclusais
 fotografias 3 intrabucais (frontal e lateral) Modelos Padrão DSD (6 fotos)

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

- Padrão USP Unesp Ricketts Jarabak
 Unicamp Mc Namara Profis Outros _____

DOCUMENTAÇÕES

- DOCUMENTAÇÃO P/ PRÓTESE, DENTÍSTICA, PERIODONTIA:** Panorâmica, Periapical completo, BW completo, 03 fotos de rosto, 05 fotos intrabucais, modelo de estudo, ficha de anamnese, pasta.
 E-mail que deseja receber os exames: _____
- DOCUMENTAÇÃO P/ IMPLANTE:** Panorâmica, Tomografia Computadorizada Cone Beam das regiões edêntulas, 03 fotos de rosto, 05 fotos intrabucais, modelo de estudo, ficha de anamnese, pasta, telerradiografia lateral
 E-mail que deseja receber os exames: _____
- ORTODÔNTICA SIMPLIFICADA:** Radiografia Panorâmica, Telerradiografia Lateral, Análises e traçados cefalométricos, 03 fotos de rosto, 05 fotos intrabucais.
 E-mail que deseja receber os exames: _____
- ORTODÔNTICA BÁSICA (Início ou final de tratamento):** Panorâmica, telerradiografia de perfil, 02 análises e traçados cefalométricos, 03 fotos de rosto, 05 fotos intrabucais, modelo de estudo, ficha de anamnese, pasta, periapicais incisivos superiores e inferiores.
 E-mail que deseja receber os exames: _____ Com Análise Facial Com Interproximais
- DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES ORTODÔNTICOS:** Panorâmica, telerradiografia, análises cefalométricas, escaneamento intra-oral, 08 fotos, favor especificar alinhador: _____
 E-mail que deseja receber os exames: _____
- ORTODÔNTICA COMPLETA:** Panorâmica, telerradiografia de perfil, 02 análises e traçados cefalométricos, radiografia mão e punho com estimativa da idade óssea (análise de crescimento), radiografias periapicais dos dentes anteriores, 03 fotos de rosto, 05 fotos intrabucais, modelos de estudo, ficha de anamnese, pasta, com interproximais.
 Com Análise Facial E-mail que deseja receber os exames: _____
- DOCUMENTAÇÃO DSD:** Escaneamento intra-oral, 6 fotos padrão DSD, panorâmica e 3 periapicais incisivos superiores e inferiores, 4 interproximais.
 E-mail que deseja receber os exames: _____

Substituir o modelo em gesso pelo escaneamento intra-oral + Impressão do modelo em impressora 3D

Substituir o modelo em gesso pelo escaneamento intra-oral sem a Impressão do modelo em impressora 3D

DOCUMENTAÇÃO URGENTE - 24HS: _____

DOCUMENTAÇÃO PERSONALIZADA: _____

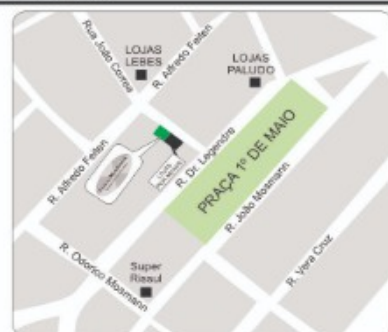
Favor ligar e agendar seu atendimento | Alimentação leve antes dos Exames - Remover Brincos e Piercings na região da face
 Os orçamentos passados pelos canais de atendimento, serão confirmados no ato da realização do exame.
FAVOR TRAZER ESTE PEDIDO NO DIA DO SEU ATENDIMENTO, junto com seus documentos de identificação.

**SAPIRANGA**

Rua Getúlio Vargas, 321 - Bairro Centro
Rua do Hospital Sapiranga



CAMPO BOM (Galeria Awallon)
Av. Brasil, 3025 - sala 203 - 2º andar



PAROBÉ Rua João Correa, 139
Sala 03 - Centro
em Frente a Farmácia Clínica