

DOCUMENTAÇÕES (Favor Marcar Hora)

ORTODÔNTICA COMPLETA I

(Telerradiografia, 3 traçados cefalométricos, panorâmica com laudo, modelos, 6 fotos impressas, toda documentação em CD, impressos, pasta e caixa).

Cefalograma de _____

Opcionais:

- Mão e Punho (Idade Óssea) Fotos Oclusais
 Análise de Adenóide Discrepância de Modelos
 Periapicais dos Incisivos

ORTODÔNTICA COMPLETA II

(Telerradiografia, 2 traçados cefalométricos, panorâmica com laudo, modelos, 6 fotos, impressos, pasta e caixa).

Cefalograma de _____

Opcionais:

- Mão e Punho (Idade Óssea) Toda Documentação em CD
 Análise de Adenóide Fotos Oclusais
 Periapicais dos Incisivos Discrepância de Modelos

ORTODÔNTICA ESPECIAL

(Completa I + tele-frontal com traçado e análise).

Cefalograma de _____

ORTOPÉDICA

(Completa I + traçado Bimler, modelos de trabalho, ficha para tratamento ortognático, ficha de análise de dentadura)

PERIODONTAL

(Panorâmica, periapicais dos arcos dentários, interproximais, fotos intra e extra bucais, modelos de estudo, pasta e caixa)

- Em CD

DOC. PADRÃO Dr(a) _____

ATENÇÃO: ALIMENTAÇÃO LEVE ANTES DA MOLDAGEM

SERVIÇOS (Favor Marcar Hora)

MODELO GNATOSTÁTICO PLANAS

MODELO GNATOSTÁTICO PADRÃO AS (SCARLATI)

MODELO ORTODÔNTICO

Plano de Camper hor.

MODELO DE TRABALHO

Duplicação de RX

TRAÇADO CEFALOMÉTRICO DE:

Outros: _____

FOTOS

- Frente / perfil Oclusais Corpo inteiro (traje de banho)
 Intra-bucais Sorrindo
 Outros serviços: _____

DOC INVISALIGN (Favor Marcar Hora)

FULL: moldagem em pvs, modelos, panorâmica, telerradiografia com 01 traçado cefalométrico, 08 fotos, 02 CD-R, impressos, pasta e caixa.

STANDARD: panorâmica, telerradiografia com 01 traçado cefalométrico, 08 fotos, modelos, 02 CD-R, impressos, pasta e caixa.

Moldagem em pvs (avulsa).

Obs.: _____

EXAMES RADIOGRÁFICOS EXTRA BUCAIS Digitais

(Não é Necessário Marcar Hora)

PANORÂMICA

TRAÇADO ANATÔMICO

TELERRADIOGRAFIA

LATERAL

MÃO E PUNHO

(idade óssea)

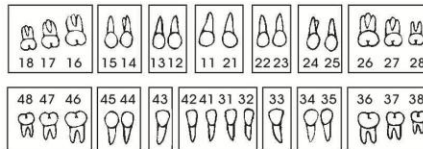
Outros Exames _____

EXAMES RADIOGRÁFICOS Digitais INTRA BUCAIS

PERIAPICAIS:

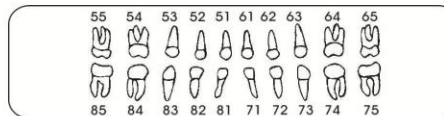
BOCA TODA (Favor Marcar Hora)

ESTUDO PARCIAL, ASSINALAR NO ODONTOGRAMA



D

E



INTERPROXIMAIS:

MOLARES
 PRÉ-MOLARES

OCLUSAIS

MAXILA TOTAL
 MANDÍBULA PARCIAL DE: _____

PROTOTIPAGEM

Opaca Transparente

Região:

- Maxila Maxila estendida
 Mandíbula Mandíbula estendida
 Crânio total Crânio parcial (calota craniana até assoalho da órbita)
 Face comum (teto da órbita até sínfise) Face estendida (osso frontal até sínfise)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA - I-CAT

(Favor Marcar Hora)

FINALIDADE DO EXAME:

- Implante (assinale região no odontograma).
 Com medida Sem medida
 Localização de incluso (assinale região no odontograma).
 Pesquisa de fratura em elemento dental: (assinale região no odontograma).
 Pesquisa de fratura no complexo maxilo-mandibular: (assinale região no odontograma).
 Pesquisa de lesão (assinale no odontograma).
 Ortodontia:
 CD Dicom Impresso com traçado 2D
 Protocolo Compass de: _____

Estudo da ATM:

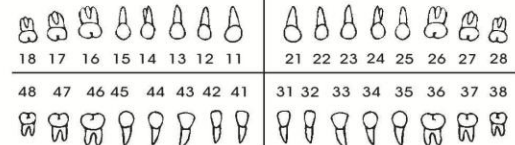
Boca aberta Boca fechada

Avaliação dos seios:

Maxilares Paranasais

Outra finalidade: Especifique: _____

Assinale no odontograma as regiões / região a ser estudada:



Maxila completa Mandíbula completa

TIPO DE IMPRESSÃO:

Papel Filme Sem impressão, apenas CD em JPEG

EXAME COM CD:

- CD com software de manipulação acompanhando o exame:
 Dicom Dental Slice
 I-Cat Vision Implant Viewer
 Somente em CD com software de manipulação: (sem medidas / impressão)
 Dicom Dental Slice
 I-Cat Vision Implant Viewer
 CD das imagens impressas (JPEG)

