



Data de solicitação
do exame: / /

☐

Solicitar bloco
de requisição

☐

Enviar exame por email

☐

Pacote
Dentista Parceiro

☐

Atualizar cadastro
profissional

DADOS BÁSICOS

Solicitação do(a) Dr(a).:

CRO:

E-mail:

Telefone: ()

Nome do Paciente:

Motivo do exame:

TOMOGRAFIA CONE BEAM

REGIÃO

☐

Maxila

☐

Mandíbula

☐

Unitário

☐

Segmento (até 4 elementos)

Dente / região:

INDICAÇÃO

☐

Implante

☐

Fratura dentária

☐

Área patológica

☐

Dente Incluso/ Supranumerário

☐

Avaliação endodôntica

☐

Fratura óssea

☐

Análise vias Aéreas

☐

Espessura de
Cortical

☐

OUTROS :

Observações

C/ Panorâmica

Prototipagem

Guia cirúrgico
impresso

dicom

Guia Endodôntico

INTRA ORAIS

☐

Periapical

de um ou mais dentes
(marcar odontograma)

☐

Seriografia

(boca toda)

Interproximal

(Bite-Wing)

Molares

☐

D

☐

E

Pré-molares

☐

D

☐

E

Localização (Técnica de Clark)

Corpo Estranho

☐

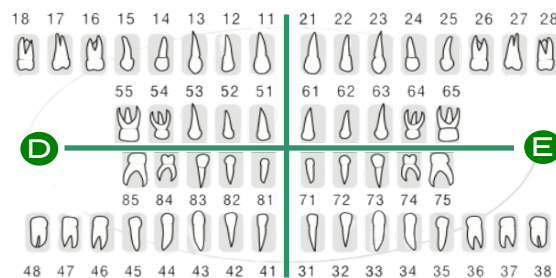
Dente incluso

Oclusal

Maxila

☐

Mandíbula



EXTRA ORAIS

Panorâmica

☐

CONVENCIONAL

☐

INTERPROXIMAL

☐

ATM

OUTROS SERVIÇOS

☐

ESCANEAMENTO INTRAORAL

☐

CARPAL (MÃO E PUNHO)

OBSERVAÇÕES:

DOCUMENTAÇÃO SMILE SCAN

INICIAL		6 fotografias + 1 panorâmica
SIMPLES		6 fotografias + 1 panorâmica + 1 telerradiografia com até 3 análises + 1 escaneamento intra-oral
COMPLETA		8 fotografias + 1 panorâmica + 1 telerradiografia com até 3 análises + 1 escaneamento intra-oral + 2 periapicais de incisivos
PERSONALIZADA		Selecionar todos os itens abaixo necessários

TRAÇOS CEFALOMÉTRICOS (ASSINALAR)

☐ USP	☐ STEINER	☐ UNICAMP
☐ RICKETTS	☐ DOWNS	☐ PAULO PICAÑO
☐ MC NAMARA	☐ BIMLER	☐ TWEED
☐ SASSOUNI	☐ JARABACK	☐ PROFIS
☐ SRAV	☐ PETROVICK	☐ ROCABADO
☐ OUTROS:		

SERVIÇOS

MODELO IMPRESSO 3D		MODELO VIRTUAL (STL)	
DISCREPÂNCIA DE MODELOS		OBSERVAÇÕES:	

FOTOGRAFIAS

INTRA-ORAIS

☐ Frontal	] EM OCLUSÃO
☐ Direito	
☐ Esquerdo	
☐ Superior	] OCLUSAL
☐ Inferior	

EXTRA-ORAIS (FACE)

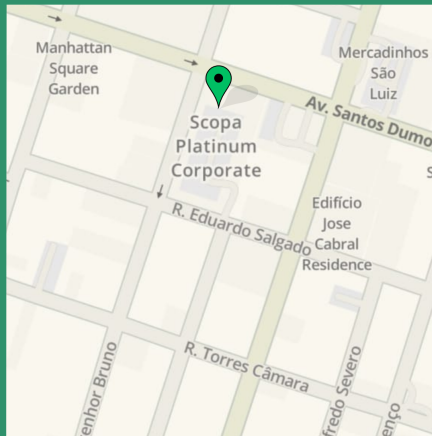
☐ Frontal
☐ Frontal sorrindo
☐ Frontal com sorriso forçado
☐ Frontal com sorriso entreaberto
☐ Lateral direito / esquerdo
☐ Oblíquo 45°

DOCUMENTAÇÃO SMILE SCAN (IMPLANTES)

SEGMENTO/DENTE		5 fotografias + 1 tomografia segmento + 1 escaneamento intra-oral
SIMPLES		6 fotografias + 1 tomografia max/mand + 1 escaneamento intra-oral bimaxilar
COMPLETA		8 fotografias + 1 tomografia bimaxilar + 1 escaneamento intra-oral bimaxilar

LOCALIZAÇÃO

Scopa Platinum Corporate - SALA 825
R. Monsenhor Bruno, 1153 - Aldeota,
Fortaleza - CE, 60115-191



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

SEGUNDA À SEXTA

8H ÀS 18H

SÁBADO

8H ÀS 12H

CONTATO

☎ (85) 3038-4418

☎ (85) 98832-4418

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE

- Escovar os dentes;
- Evitar a ingestão de líquidos e alimentos até 2 horas antes da modelagem;
- Retirar brincos, piercings, gargantilhas e outros adornos dos cabelos, orelhas e pescoço;
- Evitar vestuários que cubram a região do pescoço;
- Evitar o uso de maquiagem;

VALORES E ORÇAMENTO

Valores informados via telefone deverão ser confirmados no dia da realização do exame mediante a apresentação da solicitação odontológica, com a requisição preenchida corretamente.

ATENDIMENTO

Atendimento por ordem de chegada. Os atendimentos são realizados e organizados por prioridades e por ordem de chegada.

EXIGÊNCIAS DOS CONVÊNIOS

O paciente deverá trazer a solicitação do profissional em receituário próprio, datado, assinado e carimbado dentro da validade de 30 dias.

Esta requisição sozinha não tem valor para realização de exames por convênios.

FORMA DE PAGAMENTO

Pix, Dinheiro, cartões de crédito e débito.



A melhor
imagem
do seu
sorriso



SmileScan
IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA