



DiagFace
Imagens Odontológicas

Rua Antonio Chicalhoni, 52
CEP 13294-428
Santo Antônio - Louveira - SP

**Atendemos
Convênios**

Tel: (19) 3848-4392  (19) 3848-1017

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____

DADOS DO PROFISSIONAL:

Dr. (a): _____ CRO: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Nome da clínica: _____

FORMA DE ENTREGA:

Entregar no consultório Entregar apenas digital (I-DOC) Entregar ao paciente

Apoie você também o meio ambiente, sempre que possível solicite o exame apenas digital.

RADIOGRAFIAS INTRA BUCAIS

ASSINALE NO ODONTOGRAMA OS DENTES A SEREM RADIOGRAFADOS

PERIAPICAIS

LEVANTAMENTO PERIAPICAL
(BOCA TODA)

DENTES ASSINALADOS
(SOMENTE)

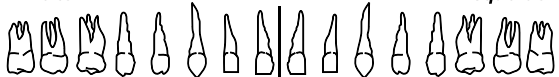
INTERPROXIMAIS

MOLARES DIREITO
 ESQUERDO

PRÉ-MOLARES DIREITO
 ESQUERDO

Direito

Esquerdo



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



TEMPORÁRIOS

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
D	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	E

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

PANORÂMICA COM LAUDO DIGITAL IMPRESSA

PANORÂMICA VATECH INSIGHT 2D (DIGITAL COM EXECUTÁVEL PARA VISUALIZAR PROFUNDIDADE)

TELERRADIOGRAFIA LATERAL _____ COM ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

TELERRADIOGRAFIA FRONTAL _____ COM CEFALOMÉTRICA DE RICKETTS

RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (ANÁLISE DA IDADE ÓSSEA)

A.T.M. (6 POSIÇÕES)

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- DOCUMENTAÇÃO EXPRESS DIGITAL (4 DIAS ÚTEIS)**
(RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO E PERIAPICAIIS DE INCISIVOS, TELERRADIOGRAFIA COM 2 TRAÇADOS (ESCOLHA NA TABELA ABAIXO), 6 FOTOS INTRA E EXTRA BUCAIS)

SEM MODELO MODELO DE ESTUDO

- DOCUMENTAÇÃO SIMPLES**
(RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO E PERIAPICAIIS DE INCISIVOS, TELERRADIOGRAFIA COM 2 TRAÇADOS (ESCOLHA NA TABELA ABAIXO), 6 FOTOS INTRA E EXTRA BUCAIS, PASTA IMPRESSA)

SEM MODELO MODELO DE ESTUDO

- DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
(RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO E PERIAPICAIIS DE INCISIVOS, TELERRADIOGRAFIA COM 2 TRAÇADOS (ESCOLHA NA TABELA ABAIXO), 8 FOTOS INTRA E EXTRA BUCAIS, RADIOGRAFIA CARPAL, PASTA IMPRESSA)

SEM MODELO MODELO DE ESTUDO

- DOCUMENTAÇÃO ESPECIAL**
(RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO E PERIAPICAIIS DE INCISIVOS, TELERRADIOGRAFIA COM 2 TRAÇADOS (ESCOLHA NA TABELA ABAIXO), 8 FOTOS INTRA E EXTRA BUCAIS, RADIOGRAFIA CARPAL, RADIOGRAFIA FRONTAL, PASTA IMPRESSA)

SEM MODELO MODELO DE ESTUDO

- DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL**
(LEVANTAMENTO PERIAPICAL, RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO E PERIAPICAIIS DE INCISIVOS, TELERRADIOGRAFIA COM 2 TRAÇADOS (ESCOLHA NA TABELA ABAIXO), 6 FOTOS INTRA E EXTRA BUCAIS, PASTA IMPRESSA)

SEM MODELO MODELO DE ESTUDO

- DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA**
(RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO E PERIAPICAIIS DE INCISIVOS, TELERRADIOGRAFIA COM 2 TRAÇADOS (ESCOLHA NA TABELA ABAIXO), 8 FOTOS INTRA E EXTRA BUCAIS, RADIOGRAFIA CARPAL, PASTA IMPRESSA, MODELO DE ESTUDO E MODELO DE TRABALHO)

- DOCUMENTAÇÃO PERSONALIZADA** _____

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

- | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> BIMLER | <input type="checkbox"/> PROFIS | <input type="checkbox"/> STEINER |
| <input type="checkbox"/> UNICAMP | <input type="checkbox"/> MCNAMARA | <input type="checkbox"/> SASSOUNI | <input type="checkbox"/> PREV. ESPAÇO P/ 3 MOLARES |
| <input type="checkbox"/> RICKETTS | <input type="checkbox"/> JARABACK | <input type="checkbox"/> ROCABADO | <input type="checkbox"/> ANÁLISES VIAS AÉREAS |
| <input type="checkbox"/> RICKETTS FRONTAL | <input type="checkbox"/> PETROVICK | <input type="checkbox"/> SCHWARZ | <input type="checkbox"/> OUTRAS |

SERVIÇOS ADICIONAIS

- MODELO ESTUDO MODELO DE TRABALHO

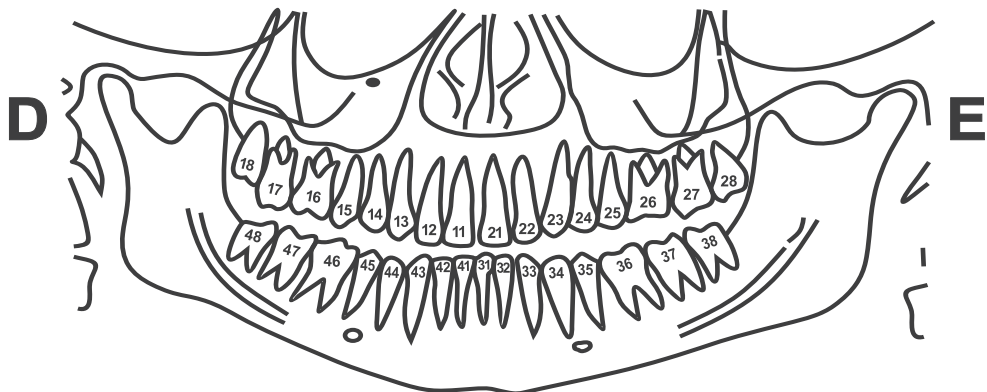
FOTOS AVULSAS:

- EXTRA-BUCAIS FRENTE ½ PERFIL PERFIL SORRISO

- INTRA-BUCAIS: FRONTAL LATERAIS OCLUSAIS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA

SELECIONE NO DIAGRAMA A REGIÃO DE INTERESSE A SER EXAMINADA



IMPRESSÃO

FILME FOTO

DIGITAL

OPÇÕES DE RECEBIMENTO

LAUDOS COM TEMPLATES DIGITAL

EXAME COMPLETO IMPRESSO
(LAUDO E TEMPLATES) COM CD

APENAS ARQUIVOS DICOM PELO WETRANSFER
(NECESSÁRIO TER VISUALIZADOR DE DICOM)

REGIÃO DE ESTUDO

MAXILA

COMPLETA REGIÃO _____

MANDIBULA

COMPLETA REGIÃO _____

SEIOS DA FACE

ATM

OCLUSÃO REPOUSO ALTURA MÁXIMA

AVALIAÇÃO DO ENXERTO ÓSSEO

COM MEDIDAS DE ALTURA E ESPESSURA

POR REGIÃO (ATÉ 5 DENTES)

DENTAL SLICE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

ENDODONTIA

LESÕES

FRATURAS

TREPANAÇÕES

DENTES RETIDOS

DENTES SUPRANUMERÁRIOS

AVALIAÇÕES ORTODÔNTICAS: _____

AVALIAÇÃO DO ENXERTO ÓSSEO

ZIGOMÁTICO

CIRURGIA ORTOGNÁTICA

ÁREAS PATOLÓGICAS

OUTROS: _____

***UTILIZE O CAMPO DE OBSERVAÇÕES NA ÚLTIMA PÁGINA PARA ADICIONAR
INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O EXAME SOLICITADO.

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

PRAZOS DE ENTREGA

- TOMOGRAFIA DIGITAL: 5 DIAS ÚTEIS
- TOMOGRAFIA IMPRESSA PARA RETIRADA NA CLÍNICA: 5 DIAS ÚTEIS
- TOMOGRAFIA IMPRESSA PARA ENTREGA NO DENTISTA: 10 DIAS ÚTEIS
- DOCUMENTAÇÃO EXPRESS DIGITAL: 4 DIAS ÚTEIS
- DOCUMENTAÇÃO IMPRESSA PARA RETIRADA NA CLÍNICA: 10 DIAS ÚTEIS
- DOCUMENTAÇÃO IMPRESSA PARA ENTREGA NO DENTISTA: 14 DIAS ÚTEIS

* O PRAZO COMEÇA A SER CONTADO NO DIA SEGUINTE DO EXAME REALIZADO.

* SEMPRE AGUARDAR NOSSO CONTATO PARA A RETIRADA OU LIGAR ANTES NA CLÍNICA.



DiagFace[®]
Imagens Odontológicas

**Atendemos
Convênios**

