

Assinalar os exames a serem realizados.

Tomografia Computadorizada Odontológica

■ Implantodontia

- Maxila 1 ou 2 Elementos _____
 Mandíbula Hemiarco _____
 Maxila e Mandíbula Zigomático

■ Endodontia

- Pesquisa de Perfuração Radicular
 Pesquisa de Fratura _____
 Odontometria Tomografia Prévia

■ Ortodontia

■ ATM

- Boca Fechada
 Boca aberta e boca fechada

■ Periodontia

- Avaliação de perda óssea alveolar
 Avaliação de envolvimento endoperio

■ Cirurgia

- Dente incluso e/ou supranumerário
 Terceiros molares - Relação com canal mandibular e/ou o seio maxilar
 Patologia
 Avaliação dos seios paranasais

■ Outros

■ Enviar Requisições

Favor Agendar seu Exame

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

de Segunda à Sexta das 08h00 às 18h00

Sábado das 08h00 às 12h00

Unidade Hauer - Rua Anne Frank, 1759 - Hauer - CEP 81610-020 - Curitiba - PR
Fones: (41) 3278-2872 ☎ / 3278-2926

Unidade Batel - Alameda Doutor Carlos de Carvalho, 1547 - Batel - 80730-200
Fone: (41) 3244-1646 ☎

**O VALOR DO EXAME SÓ SERÁ CONFIRMADO
MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO.**



DIGILAB

Radiologia Odontológico e Odontologia

CLM/PR 428

 www.digilabradiologia.com.br

 digilab@digilabradiologia.com.br

Responsável Técnica: Dra. Jilmara de Fátima Coldebella
Cirurgiã Dentista - CRO/PR 12380

Assinatura e Carimbo do Cirurgião Dentista

AGENDE SEU HORÁRIO

Paciente: _____

Dr(a): _____ CRO: _____

End. Consultório: _____

Fone Consultório: _____ Data: ____/____/____

E-mail Dr(a) : _____

**OBS.: Não será realizado exames com
piercing, brincos ou correntes e colares.
Favor vir sem metal do pescoço para cima.**

Assinalar os exames a serem realizados.

Radiografias Extrabucais

- Rad. Panorâmica Topo Com laudo Sem laudo
 Traçado Anatômico
 Rad. Panorâmica em Oclusão
 Telerradiografia de Perfil Traçado
 Telerradiografia Pósterio-anterior Traçado
 Rad. dos Seios da Face
 Rad. Carpal
 Análise da Idade Óssea
 Rad. ATM boca aberta/fechada

Radiografias Intrabucais

- Rad. Oclusal
 Maxila Mandíbula
 Rad. Periapical Dentes: _____
 Téc. de Localiz. de Clark (três tomadas periapicais)
Dentes: _____
 Levantamento Periapical
 14 Radiografias 18 Radiografias
 Rad. Interproximais
 Pré-molares Direita Molares Direita
 Esquerda Esquerda

Apresentação de Documentação

- Envelope Pasta Papelão + Fichas
 Pasta Plástica + Fichas

Modelos

- de Estudo de Trabalho
 análise de modelos Tipo: _____

() Favor Enviar formulário de solicitação de exames.

Cefalometrias

- Bimler Steiner
 Jarabak Tweed
 Mc. Namara Trevisi
 Petrovic Valieri
 Profis USP
 Ricketts Outros: _____

Fotografias

Extrabucais

- Frente
 Perfil
 Sorrindo

Intrabucais

- Frontal
 Laterais Dir./Esq.
 Oclusais Sup./Inf.

Escaneamento Intraoral 3D

- Invisalign
- Login 3shape Communicate: _____

- Senha: _____
 Clear Correct
 Outros: _____

E-mail para envio STL: _____

Documentos Ortodônticos

Documentação Ortodôntica Simplificada:

Radiografia Panorâmica, Telerradiografia com traçado e (1) análise cefalométrica, Fotos (2): (1) extrabucal (1) intrabucal, modelos, pasta e fichas.

Documentação Ortodôntica Básica:

Radiografia Panorâmica, Telerradiografia com traçado e (2) análise cefalométricas, Fotos (6): (3) extrabucais, (3) intrabucais, modelos, pasta e fichas.

Documentação Ortodôntica Completa:

Radiografia Panorâmica, Telerradiografia com traçado e (3) análise cefalométrica, Fotos (8): (3) extrabucais (3) intrabucais, e (2) oclusais, RX Periapicais: (2) anteriores, modelos, pasta e fichas.