



**KARINA
VUOLO**
RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA

SISTEMA iDOC
ESCANEOAMENTO 3D iTERO
IMPRESSÃO DE MODELOS EM 3D

CRO/SP 152964



PACIENTE: _____ TEL RES.: () _____

IDADE: _____ ANOS: _____ MESES: _____ TEL COM.: () _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

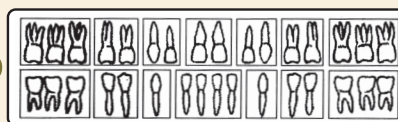
OBS. CLÍNICAS: _____

EXAMES COM LAUDO

INTRA BUCAIS

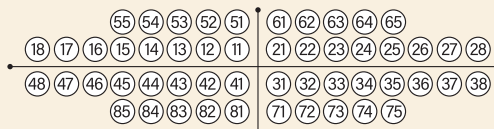
PERIAPICAIS

- MILIMETRADA TÉCNICA BISSETRIZ
 TODOS OS DENTES TÉCNICA DE CLARCK
 DENTES ASSINALADOS



INTERPROXIMAIS

- MOLARES: E D
 PRÉ-MOLARES: E D



OCLSAIS

- MAXILA MANDÍBULA REGIÃO _____

TEC. DE LOCALIZAÇÃO

- CORPO ESTRANHO DENTE INCLUSO ÁREA PATOLÓGICA

**EXTRA
BUCAIS
DIGITAIS**

- PANORÂMICA TELERRADIOGRAFIA LATERAL ATM (4)
 TELERRADIOGRAFIA FRONTAL (P. A.) SEIOS DA FACE (MÉTODO WATERS)
 PANORÂMICA PARA IMPLANTE (COM TRAÇADO) CARPAL (COM AVALIAÇÃO IDADE ÓSSEA - CURVA DE CRESCIMENTO)
 RADIOGRAFIA AXIAL (MÉTODO HIRTZ)

**DOCUMENTAÇÃO
DIGITAL**

- Doc. I:** Panorâmica, Tele, Fotos, Modelos, Pasta.
 Doc. II: Panorâmica, Tele, Fotos, Modelos, Periapical, Pasta.

TRAÇADOS

- ANÁLISE DE MODELOS MC. NAMARA PROFIS OUTRO: _____
 BIMLER UNICAMP RICKETTS _____
 ANÁLISE DE PETROVIC USP STEINER _____
 JARABAK P. A. DE RICKETTS USP-UNICAMP _____
 BJORK - JARABAK ANÁLISE PERFIL (FOTO) VISTA FRONTAL (FOTO) _____

**FOTOS
MODELOS**

- FRENTE PERFIL SORRISO
 TRABALHO ESTUDO MODELO DIGITAL
 PERFIL SORRINDO INTRABUCAIS OCLUSAIS

ESCANEOAMENTO INTRA-ORAL

- INVISALIGN MODELO 3D IMPRESSO

**ENTREGA
DOS EXAMES**

- NO CONSULTÓRIO
 AO PACIENTE

ENVIAR:

- BLOCO DE REQUISIÇÃO
 VIA E-MAIL

INDICAÇÃO DR.(A): _____ DATA: ____ / ____ / ____

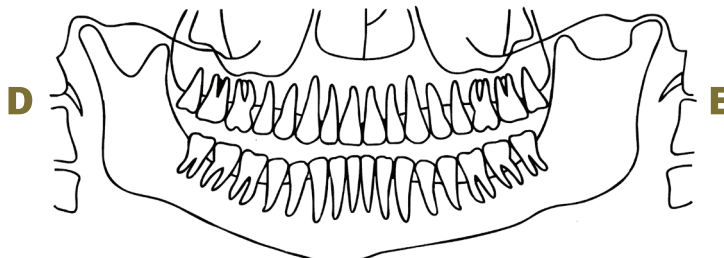
ENDEREÇO PROF: _____

E-MAIL: _____ FONE: () _____



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEEN

**ASSINALE
A ÁREA DE
INTERESSE**



IMPLANTE

- MAXILA COMPLETA
- MANDÍBULA COMPLETA
- REGIÃO ASSINALADA
- MENSURAÇÕES ÓSSEAS PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTE
- AVALIAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO - REGIÃO

A.T.M.

- BOCA FECHADA E ABERTA

ENDODONTIA

- AVALIAÇÃO DE FRATURA DENTÁRIA
- AVALIAÇÃO DE LESÃO/PATOLOGIA
- AVALIAÇÃO DE PERFURAÇÃO/TREPANAÇÃO

ELEMENTOS: _____

DIAGNÓSTICO /ORTODONTIA

- AVALIAÇÃO DE DENTE INCLUSO
- AVALIAÇÃO DE LESÃO / PATOLÓGICA
- AVALIAÇÃO DE SEIOS MAXILARES
- AVALIAÇÃO DE SEIOS PARANASAIS
- LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO/SUPRANUMÉRARIO
(ASSINALE NO ODONTOGRAMA ACIMA)

SERVIÇOS

- IMPRESSÃO EM PAPEL
- IMPRESSÃO EM FILME
- ENVIAR IMAGENS DICOM

SCANNER INTRABUCAL

- SCANNER INTRABUCAL

SOFTWARE DE MANIPULAÇÃO DE IMAGENS

- I-CAT VISION
- DENTAL SLICE
- IDOC
- IMPLANTE VIEWER
- ONDEMAND 3D

BE&YOU SAÚDE | AV. CEL. CLEMENTINO GONÇALVES, 1796 - STA CRUZ DO RIO PARDO - SP
WHATSAPP: (14) 99600-4119 | (14) 99824-0888 | KARINAVUOLORADIOLOGIA@GMAIL.COM

WWW.KVRADIOLOGIA.COM.BR |  @KVRADIOLOGIA