

Informações importantes:

Os valores de exames informados por telefone, somente serão confirmados mediante a apresentação da requisição, quando do atendimento.

Convênio odontológico: levar receituário do dentista assinado e carimbado. Para agilizar seu atendimento nos exames agendados, podemos solicitar a pré autorização junto ao seu convênio. Informe-se na Central de Agendamento.



Pré-agendamento on-line.
Selecione o exame pelo site
papaizassociados.com.br
e nossa central entrará em contato.

Para radiografia panorâmica,
não é necessário agendamento prévio.

Alguns exames possuem condições específicas para agendamento. Confira os ícones indicativos ao lado dos procedimentos:



Realize o agendamento prévio.



Exames não realizados em todas as unidades.
Consultar Central de Agendamento.

Consulte horário de atendimento
e nossas unidades no site:



ALPHAVILLE • BRASIL • BUTANTÃ • FREGUESIA DO Ó
IBIRAPUERA • IPIRANGA • JARDINS • KLabin • LAPA • MOOCA
OSASCO • PENHA • MORUMBI • SANTO ANDRÉ • SANTANA
SANTO AMARO • TATUAPÉ • TUCURUVI • VILA MARIANA



CENTRAL DE AGENDAMENTO:

(11) 3894-3030

(Telefone e WhatsApp)

AGENDAMENTO DE EXAME

Paciente: _____

Dia: ___/___/___ Horário: ___h___

Unidade: _____

Data da solicitação: ___/___/___

Autorizo, a critério do radiologista, a complementação radiográfica

EXAMES RADIOGRÁFICOS EXTRABUCAIS

(Não é necessário marcar hora)

- Panorâmica Sustentável - Sem Impressão**
- Panorâmica** Traçado anatômico
- Telerradiografia** Lateral Frontal
- Mão e Punho** Idade óssea Curva de crescimento
- Análise Cefalométrica de** _____
- Outros exames:** _____

EXAMES RADIOGRÁFICOS INTRABUCAIS

Periapicais

- Boca toda Sustentável - Sem Impressão
 - Estudo parcial, assinalar no odontograma**
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|
| | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | | | | | |
| D | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | E |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | | | | | |

Interproximais

- Molares Sustentável - Sem Impressão
- Pré-molares
- Oclusais** Sustentável - Sem Impressão
- Maxila Total
- Mandíbula Parcial de _____

SERVIÇOS

Fotos

- Frente/perfil
- Sorrindo
- Corpo inteiro (traje de banho obrigatório)
- Intrabucais
- Oclusais

Modelos

- Modelo gnatostático Planas
- Modelo gnatostático Padrão AS (Scarlatti)
- Modelo ortodôntico
- Modelo de trabalho
- Plano de Camper horizontal
- Modelo para alinhadores ortodônticos**
- Clear Aligner Outros
- Modelo de estudo de impressão 3D
- Outros serviços: _____

nov/2024

DOCUMENTAÇÕES

Harmonização Orofacial * - 100% Digital

Panorâmica, escaneamento das várias expressões faciais (arquivo .obj)

Ortodôntica Completa com Escaneamento Intraoral - 100% Digital

Assinale opcionais abaixo:

Ortodôntica Completa com modelo de gesso

Modelo ortodôntico, pasta, caixa, 6 fotografias, telerradiografia lateral com 3 traçados e radiografia panorâmica com laudo.

Opcionais:

Sem impressão (Modelo arquivo.stl)

Mão e punho Erupção 3º molar

Fotos oclusais

Análise de adenóide

Telerradiografia Frontal

Periapicais incisivos centrais (superior e inferior)

Análise Cefalométrica de _____

Análise de Modelos:

Bolton Moyers de _____

Ortopédica

Sem impressão (Modelo arquivo.stl)

Completa + traçado Bimler e modelo de trabalho

Análise Cefalométrica de _____

Periodontal

Sem impressão (Modelo arquivo.stl)

Caixa, pasta, modelo de estudo, fotos intra e extra bucais, interproximais, periapicais dos arcos dentários e panorâmica.

Doc. padrão

Dr(a). _____

DOCUMENTAÇÕES PARA ALINHADORES * ⌚

Compostas de escaneamento intraoral com programa de manipulação, até 8 fotos, telerradiografia lateral com até 3 traçados e radiografia panorâmica com laudo. Assinale abaixo o programa desejado:

Invisalign

Nome Dr(a). _____ IDS _____

E-mail Align _____

Easysolution

Esthetic Aligner

CA - Clear Aligner

Outros alinhadores _____

ESCANEAMENTO FACIAL * ⌚

Escaneamento Facial (arquivo.obj/stl)

ESCANEAMENTO INTRAORAL * ⌚

Invisalign

Nome Dr(a). _____ IDS _____

E-mail Align _____

Easysolution

Clear Aligner

Smart Aligner

Ortho Aligner

Esthetic Aligner

Escaneamento intraoral (arquivo.stl)

Cleartek

DOCUMENTAÇÕES ESTÉTICAS ⌚

Somente na Unidade Brasil - 100% Digital

2D - Fotos, radiografias panorâmica e periapicais dos arcos dentários, escaneamento intraoral com programa de manipulação do modelo (arquivo.stl)

3D - 2D + tomografia da maxila e mandíbula.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA ⌚

 Recomendamos as unidades **Jardins, Lapa, Santana, Santo Amaro e Tatuapé** para exames de alta resolução.

1º PASSO: Assinale o formato de recebimento

100% DIGITAL (I-Doc)

Papel Fotográfico

Filme Radiográfico

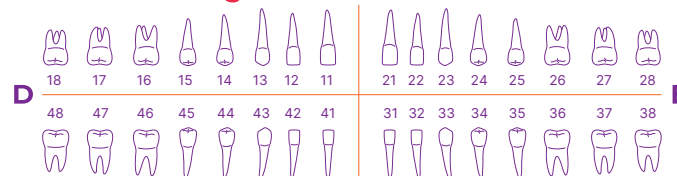
CD (JPEG)

Tomo Express

Horário de atendimento: 8h às 15h

Resultado eletrônico no site no mesmo dia em até 6 horas

2º PASSO: Região de interesse



Maxila completa

Mandíbula completa

Tomografia com afastamento labial

Tomografia em desocclusão

3º PASSO: Assinale a finalidade do exame

Implante

Com medida

Sem medida

Localização de incluso

Avaliação Endodôntica (Fratura / Anatomia Dental)

Pesquisa de fratura no complexo maxilo-mandibular

Maxila

Mandíbula

Pesquisa de lesão

Ortodontia

Invisalign Invisalign com escaneamento Intraoral

Crânio Total (CD Dicom) *

Somente publicação I-Doc

Protocolo SYM 3D *

SYM 3D FACE *

Com PowerPoint *

Protocolo Compass *

Protocolo Marpe *

Protocolo Marpe Guide *
(arquivo dicom e stl)

Medida das tábuas ósseas vestibular/palatino (lingual) de dentes canino a canino

Anquilose

Ancoragem esquelética (Mini Implante)

Avaliação Periodontal

Medida das tábuas ósseas vestibular/palatino (lingual) de dentes canino a canino

Estudo da ATM (Boca aberta e fechada)

Estudo da ATM com análise oclusal, oclusograma. *

(Tomografia de ATM aberta e fechada + escaneamento intraoral stl)

Avaliação dos seios

Maxilares

Paranasais *

Tomografia sem medidas somente em CD com software de manipulação

Tomografia para outra finalidade:

Especifique: _____

4º PASSO: Escolha software de manipulação

One Volume Viewer *

Dicom

Implant Viewer

Dental Slice

I-Cat Vision *

Ondemand Viewer

Como você quer receber o software?

Via web

CD

EXAMES DIGITAIS - Sem Impressão

Escaneamento Intraoral para Cirurgia Guiada (arquivo stl) *

Autorizo o envio dos arquivos _____

Protocolo para Planejamento de Cirurgia Guiada: *

Escaneamento intraoral (stl) + Tomografia de maxila e/ou mandíbula (Dicom)

Com medida Maxila Mandíbula

Autorizo o envio dos arquivos _____

Cirurgia Guiada total maxila e/ou mandíbula

(necessário paciente trazer Guia Cirúrgica ou Prótese com marcadores em Gutta Percha)

Com medida Maxila Mandíbula

Autorizo o envio dos arquivos _____

Protocolo para Planejamento de Guia Endodôntica *

Escaneamento intraoral (stl) + tomografia (Dicom)

Especifique o dente: _____

Autorizo o envio dos arquivos _____

 E-mail do planning center ou lab. de prótese para onde será enviado o arquivo.