

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 nosso site
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
papaizassociados.com.br
ou acesse pelo QR code abaixo:



mar/2025



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)

Hipótese de diagnóstico _____

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

Hipótese de diagnóstico _____

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 Sustentável - Sem Impressão

Molares Pré-molares

Oclusais Sustentável - Sem Impressão

Maxila Total

Mandíbula Parcial de _____

SERVIÇOS

Fotos

Frente/perfil

Sorrindo

Corpo inteiro (traje de banho obrigatório)

Intrabuciais

Oclusais

Modelos

Modelo gnatostático Planas

Modelo gnatostático Padrão AS (Scarlati)

Modelo ortodôntico

Modelo de trabalho

Plano de Camper horizontal

Modelo para alinhadores ortodônticos

Clear Aligner Outros

Modelo de estudo de impressão 3D

Outros serviços: _____

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 3° 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
- Clear Correct
- Outros alinhadores _____

ESCANEAMENTO FACIAL

- Escaneamento Facial (arquivo.obj/stl)

ESCANEAMENTO INTRAORAL

- Clear Aligner
- Clear Correct
- Cleartek
- Easysolution
- Esthetic Aligner
- Escaneamento intraoral (arquivo stl)
- Invisalign
Nome Dr(a). _____ IDS _____
E-mail Align _____
- Ortho Aligner
- Smart Aligner

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.

Hipótese de diagnóstico _____

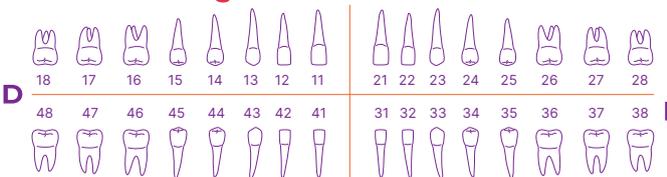
1º PASSO: Assinale o formato de recebimento

- 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 desoclusão

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 * Protocolo Compass *
- Clear Correct *

Anquilose

Ancoragem esquelética (Mini Implante)

Avaliação Periodontal / Gengivoplastias

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

Estudo da ATM (Boca aberta e fechada)

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 Protético 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.