

DOCUMENTAÇÕES



Para moldagem é necessário jejum de 2 horas

DOC. ORTODÔNTICA CURY

TODAS AS UNIDADES

Panorâmica + tele lateral + 3 traçados cefalométricos + periapical de incisivos + discrepância de modelo + 6 fotos (3 extra e 3 intraorais)

Sem modelo Com modelo de estudo

DOC. ORTODÔNTICA COMPLETA

TODAS AS UNIDADES

Panorâmica + tele lateral + 2 traçados cefalométricos + 6 fotos (3 extra e 3 intraorais)

Sem modelo Com modelo de estudo

DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA

TODAS AS UNIDADES

Panorâmica + tele lateral + 2 traçados cefalométricos + análise de adenoide + modelos de estudo e trabalho + discrep. de modelo + peri de incisivos + 6 fotos (3 extra e 3 intraorais)

DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL

TODAS AS UNIDADES

Panorâmica + levantamento periapical + interproximais + 8 fotos (3 extra, 3 intraorais e 2 oclusais).

Sem modelo Com modelo de estudo

DOCUMENTAÇÃO ALINHADORES

APENAS UNIDADE 1

Panorâmica + tele lateral + 2 traçados cefalométricos + 8 fotos (3 extra, 3 intraorais e 2 oclusais) + escaneamento intraoral.

*Para essa finalidade é necessária a remoção da contenção ou fio/arco.

Alinhador (determine o tipo): _____

Para caso Invisalign, preencher com os dados do Invisalign Doctor:

Nome Dr(a) _____ IDS _____

Email na Align _____

RECEBA SEU EXAME:

- Impresso
- Online (iDoc)

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

- Adenóide Bimler Bjor Jarabak Jarabak Mc Namara
 Ricketts Unicamp Usp Ricketts frontal _____

SERVIÇOS ADICIONAIS

- Fotos overjet (2) Periapicais de incisivos Mão e Punho
 Fotos oclusais (2) Tele Frontal Índice carpal
 Foto perfil (sorrindo) CD Modelo de trabalho
 Vertical verdadeira Análise Perfil Discrepância de modelos

Prazo de entrega no consultório de até 7 dias úteis



cury@curyradiologia.com.br

www.curyradiologia.com.br

(11) 2409-3949

Convênio Particular Enviar mais solicitações

Paciente

Nome: _____

Nascimento: _____ Telefone: _____

Profissional

- Não realizamos agendamento.** Todos os exames são realizados por ordem de chegada e é necessário chegar, no mínimo, 30 minutos antes do horário de fechamento.
- Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção mediante a apresentação da solicitação de exames.
- Caso utilize convênio odontológico, levar receituário do próprio dentista carimbado, assinado e com data inferior a um mês, carteirinha e documento com foto. **Este encaminhamento não é um receituário. Informações sobre coberturas devem ser tratadas diretamente com o convênio.**
- Brincos, colares e piercings na região da cabeça e pescoço deverão ser removidos para a realização de exames.

UNIDADE 1

Rua Dr. Washington Luiz, 564
Jd. Sta. Francisca - Guarulhos / SP
Tel.: 2408-1155 / 2409-3949

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Seg – Sex: 08:00 às 18:00h / Sáb: 08h00 às 12h00
*Em frente ao estacionamento do Assaí e Kalunga

UNIDADE 3

Av. Jurema, 774 – 1º andar
Pimentas – Guarulhos / SP
Tel.: 2498-3147

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Seg – Sex: 08:00 às 17:00h / Sáb: 08:00 às 12:00h
*Em frente à escola Prof. Antonio Viana de Souza

UNIDADE 2

Rua Luiz Faccini, 100 – Sala 01
Centro - Guarulhos / SP
Tel.: 2461-2672 / 2441-0962

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Seg – Sex: 08h00 às 18h00 / Sáb: 08:00 às 12:00
*Em cima do restaurante “O Postinho”

UNIDADE 4

Rua Jamil João Zarif, 210 – Salas 01 e 02
Taboão – Guarulhos/SP
Tel.: 2279-4527

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Seg – Sex: 08:00 às 12:00h - 13:00 as 17:00h
Sáb: 08h00 às 12:00
*Em cima da loja de embalagens “Fest Show”

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

TODAS AS UNIDADES

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DIGITAL

- Em oclusão Com laudo Com traçado anatômico

TELERRADIOGRAFIA DIGITAL

- Tele lateral Tele rocabado Tele frontal

Análise cefalométrica: _____

RADIOGRAFIA DE ATM

- 2 posições 3 posições Com laudo

RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO

- Com índice carpal Sem índice carpal

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

TODAS AS UNIDADES

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

- Dentes assinalados Levantamento Periapical

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

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL

- Molares D E Pré-molares D E

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO (CLARK)

- Região: _____ Finalidade: _____

RADIOGRAFIA OCLUSAL

- Maxila Mandíbula Região: _____

OUTROS SERVIÇOS

TODAS AS UNIDADES

MODELOS ORTODÔNTICOS

- Modelos de estudo Modelos de trabalho Discrepância de modelos

*Para moldagem necessário jejum de 2 horas

FOTOS

- Extra-oral (frente, sorrindo, perfil D) Intra-oral (frente, lateral E e D)

- Extra-oral (close do sorriso) Intra-oral (overjet E e D)

- Extra-oral (perfil sorrindo) Intra-oral (oclusal Sup. e Inf.)

RECEBA SEU EXAME:

- Impresso
 Online (iDoc)

ESCANEAMENTO INTRAORAL

APENAS UNIDADE 1

- Ortognática (STL) Guiada Outra finalidade: _____

- Alinhador (determine o tipo): _____

Para essa finalidade o paciente não pode estar usando contenção ou fio/arco.

Para caso Invisalign, preencher com os dados do Invisalign Doctor:

Nome Dr(a) _____ IDS _____

Email na Align _____

- Impressão em FDM (plástico) Impressão em Resina

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

APENAS UNIDADE 1 E 3

Entrega em até 5 dias úteis

1º PASSO – ESCOLHA O SOFTWARE

- DICOM (CD + email) ICAT (apenas CD)
 Dental Slice (CD + email) On Demand 3D (apenas CD)
 Não desejo receber o cd com software

2º PASSO – DEFINA A FINALIDADE

- Implante Localização de extranumerários
 Patologia Dente incluído Marpe
 Guiada Outras: _____
 Endodontia / Fratura dentária (recomendamos a unidade 1)

3º PASSO – SELECIONE A REGIÃO

- Maxila Mandíbula
 Glabella – Hioide ATM
 Parcial – Até 2 dentes no mesmo arco: _____

SERVIÇO ADICIONAIS

- Protótipo autoclavável Protótipo plástico Protótipo resina

TOMOGRAFIA PARA IMPLANTE EXPRESS

APENAS UNIDADE 2

Receba online em 24 horas

1º PASSO – ESCOLHA O SOFTWARE

- DICOM On Demand 3D
 Não desejo receber o cd com software

2º PASSO – DEFINA A FINALIDADE

- Implante

3º PASSO – DEFINA A REGIÃO

- Parcial - Até 2 dentes no mesmo arco: _____

RECEBA SEU EXAME:

- Papel fotográfico
 Filme
 Online (iDoc)
 CD (software)

RECEBA SEU EXAME:

- Filme
 Online (iDoc)
 CD (software)