

clique na figura
para interagir

agendamento e
informações



como chegar



ESPECTRO
radiologia digital
CLM - PR 274

Dr. Ronaldo Kihana
C.D. Rad. Iol. Responsável I
CRO PR 16349

Tel.: (41) 3323-2471
3323-2788
espectrorx@hotmail.com
www.espectroradiologiacuritiba.com.br

Paciente: _____ Data Nasc.: _____
Indicação Dr.(a) _____ Tel.: _____
Endereço: _____

RADIOGRAFIAS DIGITAIS: E-mail _____

☐ Periapicais Dentes: _____
☐ Levantamento Periapical
☐ Interproximais
☐ Mão e Punho



☐ Panorâmica: ☐ Topo ☐ Implante ☐ Sem Laudo

☐ Telerradiografia: ☐ Lateral ☐ Traçado: _____
☐ Frontal ☐ Traçado: _____

☐ ATM: ☐ relação cêntrica, repouso, abertura máxima ☐ habitual, repouso, abertura máxima

☐ FOTOGRAFIA DIGITAL: ☐ frente ☐ perfil ☐ sorriso ☐ frontal ☐ laterais ☐ oclusais

ESCANEAMENTO
INTRA ORAL ☐ Invisalign ☐ Arquivo STL/Outros ☐ MODELO ☐ De Estudo
ITERO® ☐ Clear Correct ☐ C/ Impressão _____ ☐ GESSO ☐ De Trabalho

☐ Documentação: ☐ Envelope ☐ Pasta ☐ Documentação somente digital

OS VALORES DOS EXAMES INFORMADOS POR TELEFONE
SÃO APROXIMADOS E SERÃO CONFIRMADOS EM NOSSA RECEPÇÃO
OU PELO WHATSAPP: 41 3323-2471

Recomendações:
■ PARA EXAMES DE RAO-X:
Remover acessórios metálicos
(brincos, correntes, piercing, etc).
■ PARA DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA:
Jejum mínimo de 2 horas.

☐ Enviar Requisições

Para seu conforto e maior eficiência,
recomendamos marcar horário

Entre em contato para saber as exigências de seu convênio.

AV. SETE DE SETEMBRO, 4214 - 6º ANDAR - CONJ. 606 - BATEL

Convênios:

REDE UNNA, ODONTOPREV,
BRADESCO DENTAL, LIFE EMPRESARIAL,
SAÚDE PETROBRÁS, SULAMERICA ODONTO,
SAÚDE CAIXA, VOAM, AMIL DENTAL,
UNIODONTO, IDEAL ODONTO,
PARANÁ CLINICAS, ODONTOGROUP, RHMED

Carimbo e Assinatura do Cirurgião Dentista

ESPECTRO
radiologia digital
CLM - PR 274

Dr. Ronaldo Kihana
C.D. Rad. Iol. Responsável I
CRO PR 16349

Tel.: (41) 3323-2471
3323-2788
espectrorx@hotmail.com
www.espectroradiologiacuritiba.com.br

Paciente: _____ Data Nasc.: _____
Indicação Dr.(a) _____ Tel.: _____
Endereço: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

☐ Implantodontia ☐ Cirurgia

☐ 1 a 2 Elementos Consecutivos
☐ Maxila Total
☐ Mandíbula Total
☐ Maxila + Mandíbula
☐ ATM

☐ Terceiros molares
☐ Elemento _____
☐ Localização de fratura _____
☐ Localização de canal acessório _____
☐ Localização de perfuração radicular _____

Motivo do exame: _____

- Tipo de impressão

☐ Filme Radiográfico
☐ Impressão Fotográfica

- Dental Slice

☐ Maxila ☐ Mandíbula

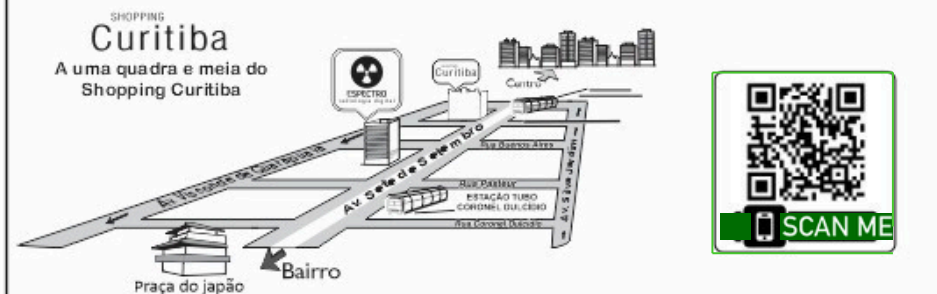
- Dicom

☐ Maxila ☐ Mandíbula

Carimbo e Assinatura do Cirurgião Dentista

Meu Exame é dia ____ / ____ / ____ às ____ : ____ horas. Data ____ / ____ / ____

Ponto de Referência:



AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 4214 - 6º ANDAR - CONJUNTO 606 - BATEL - CURITIBA