



ESPECTRO
radiologia digital

Dr. Ronaldo Kihana
C.D. Radiol. Responsável
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: Impresso E-mail e impresso E-mail _____

- Periapicais
- Levantamento Periapical
- Interproximais
- Mão e Punho



Panorâmica: Topo Implante Sem Laudo (entregar ao paciente)

Telerradiografia: Lateral Traçado: _____
 Frontal Traçado: _____

- ATM:** relação cêntrica, repouso, abertura máxima habitual, repouso, abertura máxima
- Fotografia Digital:** frente perfil sorriso frontal laterais oclusais
 - De Estudo
 - Modelo De Trabalho
 - Virtual (scancast technology®)



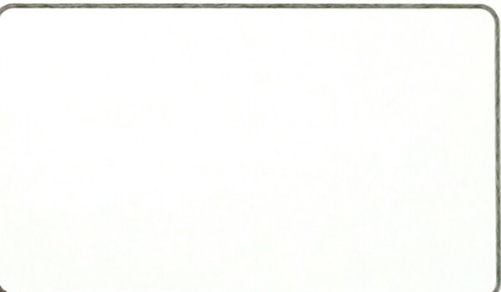
Documentação: Envelope Pasta

ENVIAR REQUISIÇÕES

OS VALORES DOS EXAMES INFORMADOS POR TELEFONE SÃO APROXIMADOS
E SERÃO CONFIRMADOS EM NOSSA RECEPÇÃO OU POR WhatsApp

Recomendações:

- **PARA EXAMES DE RAIOS-X:**
Remover acessórios metálicos (brincos, correntes, piercing, etc).
- **PARA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA / MODELOS DE ESTUDO:**
Jejum mínimo de 2 horas.



Carimbo e Assinatura do Cirurgião Dentista



Localização
SHOPPING
Curitiba
A uma quadra e meia do
Shopping Curitiba



No Prédio
do Banco Itaú



POSITIVO
Ao lado do
Positivo

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



ESPECTRO
radiologia digital

Dr. Ronaldo Kihana
C.D. Radiol. Responsável
CRO PR 16349

Tel.: (41) **3323-2471**
3323-2788

espectrorx@hotmail.com

www.espectroradiologiacruzibira.com.br

Paciente: _____ Data Nasc.: _____

Indicação Dr.(a) _____ Tel.: _____

Endereço: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

Implantodontia

- 1 a 3 Elementos na mesma hemi-arcada
- Maxila Total
- Mandíbula Total
- Maxila + Mandíbula

Cirurgia

- 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 ___/___/___

Enviar Requisições

Convênios:

Para seu conforto e maior eficiência,
recomendamos marcar horário

Amil Dental, Bradesco Odonto, Life,
Petrobrás, Rede UNNA, Odontoprev,
Sulamerica Odonto, Saúde Caixa, Volvo
Uniodonto.

Entre em contato para saber as exigências de seu convênio.

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