



IBRO
Odontologia Diagnóstica

Solicitação de Exame

Nome do paciente: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____

Dentista: _____ CRO: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Radiografias

- ☐ Periapical Isolado - Indicar Região: _____
- ☐ Periapical Completo ☐ 4 Interproximas ☐ 2 Interproximais
- ☐ Oclusal Superior ☐ Oclusal Inferior
- ☐ Panorâmica ☐ Panorâmica Com Complementação ☐ Com Traçado
- ☐ ATM (Aberta, Fechada e Repouso) ☐ ATM (Aberta e Fechada)
- ☐ Punho e Mão
- ☐ P.A (Fronto-Naso) ☐ P.A (Mento-Naso) ☐ P.A (com Traçado Frontal de Rickets)
- ☐ Telerradiografia de Perfil ☐ Telerradiografia com Traçado ☐ Telerradiografia de Perfil ____ 45°D ____ 45° E

Forma de Entrega Radiografia

- ☐ Impresso ☐ iDoc (web: www.examesibro.com.br) ☐ Sem Laudo

Tomografia Cone Beam

- Implantes: ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ Região: _____
- Endodontia: ☐ Pesquisa de Fratura ☐ Pesquisa de Lesão ☐ Pesquisa de Perfuração
- Cirurgia: ☐ Dente Incluso ou Supranumerário ☐ Fratura Óssea ☐ Avaliação de Enxerto Ósseo
 ☐ Terceiros Molares – Relação com Canal Mandibular e com Seio Maxilar
- Periodontia: ☐ Cirurgia Plástica ☐ Perda Óssea Alveolar ☐ Lesão Endo-Periodontal
 ☐ Envolvimento de Furca
- ATM: ☐ Fechada ☐ Aberta ☐ Repouso ☐ Morfologia
- Ortodontia: ☐ Avaliação de Tábuas Ósseas Vestibulares e Linguais ☐ Mini Implante
 ☐ Avaliação Intercuspidação Dental Chave de Oclusão ☐ Face Total
 ☐ Avaliação dos Diâmetros Mésio-Distal de Caninos e Pré-Molares

Forma de Entrega Tomografia

- ☐ Impresso ☐ CD ☐ Dental Slice ☐ iDoc (web: www.examesibro.com.br) ☐ DICOM

E-mail do Dentista: _____

Odontograma

Atenção: Esta requisição só poderá ser utilizada para exames particulares.
Para convênios utilizar o receituário próprio do dentista.

			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

Carimbo/Assinatura:

Traçados

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Alexander (Wick) | <input type="radio"/> Padrão Delmanto | <input type="radio"/> Rickets |
| <input type="radio"/> Anatômico | <input type="radio"/> Padrão Ibeo | <input type="radio"/> Rickets (Resumida com Vert) |
| <input type="radio"/> Bimler | <input type="radio"/> Padrão Trevisi | <input type="radio"/> Rocabado |
| <input type="radio"/> Bjork –Jarabak | <input type="radio"/> Padrão Profis. | <input type="radio"/> Sassouni |
| <input type="radio"/> Discrepancia (Mod. Gesso) | <input type="radio"/> Padrão Usp | <input type="radio"/> Schwarz |
| <input type="radio"/> Downs | <input type="radio"/> Previsão de Crescimento | <input type="radio"/> Steiner |
| <input type="radio"/> Espaço Naso-Faríngeo | <input type="radio"/> Precisão de Erupção dos 3º Molares | <input type="radio"/> Tweed |
| <input type="radio"/> Lavengne-Petrovic | <input type="radio"/> Proposição Vallieri | |
| <input type="radio"/> Mcnamara | <input type="radio"/> Outros: _____ | |

Modelos e Outros

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Documentação Digital | <input type="radio"/> Modelo de Estudo Zocalado Par | <input type="radio"/> Modelo de Trabalho Par |
|--|---|--|

Fotos

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Extra Direito | <input type="radio"/> Intra Esquerdo | <input type="radio"/> Sorrindo |
| <input type="radio"/> Extra Esquerdo | <input type="radio"/> Intra Frontal | <input type="radio"/> Perfil Parcial |
| <input type="radio"/> Extra Frontal | <input type="radio"/> Oclusão Inferior | <input type="radio"/> Overbite |
| <input type="radio"/> Intra Direito | <input type="radio"/> Oclusão Superior | <input type="radio"/> Overjet |

Documentação Odontológica

- ☐ Tipo I: Panorâmica + Cefalométrica c/ 1 Traçado + Modelo Zocalado + até 8 Fotos.
- ☐ Tipo II: Panorâmica c/ Complementação + Cefalométrica c/ até 3 traçados + Modelo Zocalado + até 08 Fotos.
- ☐ Tipo III: Panorâmica c/ Complementação + Cefalométrica c/ até 3 Traçados + até 8 Fotos.
- ☐ Tipo IV: Periapical Completa + Panorâmica + Cefalométrica c/ até 3 Traçados + Modelo Zocalado + até 8 Fotos.

Principais Convênios

**Amil Dental | Bradesco Dental | BNDES | Eletrobras | FioSaúde | Goldental | Rede UNNA
INPAO | INB | Life Empresarial Saúde | NUCLEP | Omint | OdontoPrev | Petrobras | Porto Seguro Dental
Rede Brasil Dental | Real Grandeza | SulAmérica Dental | Unafisco Dental | Uniodonto | Unimed Odonto**

A relação de convênios pode mudar a qualquer momento e pode variar entre as unidades.

Favor consultar o IBRO. Cada convênio possui condições e exigências particulares, logo, consulte seu convênio.

Os preços informados por telefone serão confirmados no momento do atendimento.

Os exames são processados posteriormente a sua realização, por isso podem apresentar demora na entrega ou necessidade de repetição. Sugerimos aos pacientes não marcar consultas logo em seguida ao prazo de entrega estabelecido para evitar possíveis transtornos.

Botafogo

Rua Voluntários da Pátria, 190 – Sala 716
Edifício Corpus 1 – Botafogo, RJ. CEP: 22270-010
Tel: (21) 2535-1619 | 2535-1528 Whastapp: (21) 97204-9831

NorteShopping

Av. Dom Helder Câmara, 5200 – Sala 1015
Torre NorteShopping – Del Castilho, RJ. CEP: 20771-004
Tel: (21) 3111-6530 | 3111-6529 Whastapp: (21) 96725-6817

Atendimento exclusivo a dentistas: (21) 98209-7319