

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### Valores

Os valores de exames informados por telefone somente serão confirmados após a apresentação da requisição à época do atendimento.

### Convênio

Lembre-se de levar o receituário do dentista assinado e carimbado, com seu nome completo.

**Este documento não é válido como receituário.**

### Imagens

Acesse seus exames no site: [www.isoradiologia.com.br](http://www.isoradiologia.com.br), utilizando login e senha.

Caso não tenha login e senha entre em contato pelo whatsapp: **(11) 99905-1398** ou pelo e-mail: [marketing@isoradiologia.com.br](mailto:marketing@isoradiologia.com.br)

### Retirada de exames

Os exames ficarão disponíveis para retirada por 90 dias. Após este período, os exames só estarão disponíveis em formato digital.

## ATENÇÃO

É necessário jejum de duas horas para a realização dos exames de documentação ortodôntica com moldagem.

Em conformidade a Lei Geral de Proteção de Dados (nº 13709/2018) disponibilizamos o e-mail [atendimento@isoradiologia.com.br](mailto:atendimento@isoradiologia.com.br)



Atendimento via  
Whatsapp +55 11 97074-4930

**Cajeiros**  
R. Ambrosina do Carmo  
Buonaguide, 305 - C-1  
3195-2885 / 96211-3298

**Campo Limpo**  
R. Felix Fagundes, 19  
5814-3193 / 5814-3192  
 99623-8550

**Carapicuíba**  
Rua Antônio Zamela, 43 / Sala 224  
Centro Carapicuíba  
4303-3353 / 96209-3355

**Cidade Dutra**  
R. Guaruvá, 223  
4305-9479 / 4305-9478  
 99623-7542

**Franco da Rocha**  
Rua Abelardo Alves de Andrade, 123  
Mun. de Franco da Rocha  
5990-0849 / 96208-4695

**Freguesia do Ó**  
R. Candida Franco de Barros, 77  
3998-1595 / 3991-3593  
 96211-2783

**Guarulhos**  
Av. Dr. Timóteo Penteado, 161  
(Centro) 2468-0223 / 2463-3245  
 96208-4711

**Ipiranga**  
Visconde de Pirajá, 553  
(Metrô Alto do Ipiranga)  
2308-6150 / 2308-5940  
 99623-8787

**Itaquera** Nova Unidade  
R. Flores do Piauí, 347  
 95467-2949

**Lapa**  
R. Pio XI, 465  
3641-9700 / 3641-2684  
 97153-9794

**Mooca**  
Av. Paes de Barros, 1562  
3628-9450 / 94149-8530

**Osasco**  
R. Itabuna, 195  
3683-2772 / 3681-1829  
 96211-2292

**Pinheiros**  
Av. Pedroso de Moraes, 171  
3384-6456 / 99905-0678

**Pirituba**  
Av. Cabo Adão Pereira, 109  
3971-9117 / 96211-2258

**Santana**  
R. Duarte de Azevedo, 86  
(Metrô Santana)  
2971-1129 / 2959-3270  
 97153-9795

**São Bernardo do Campo**  
Av. Indício, 278 - Jardim do Mar  
2677-4284 / 93214-6911

**São Mateus**  
Av. Sapopemba, 13.933  
(Term. São Mateus)  
2011-9537 / 2015-9430  
 99623-7422

**São Miguel**  
Rua João Augusto Moraes, 168  
(Próx. ao Mercado Municipal)  
2639-0431 / 93444-3954

**Sto. Amaro**  
Av. Adolfo Pinheiro, 1854  
5522-2266 / 5522-0845  
 97153-9793

**Taboão da Serra**  
Rua Sen. Filinto Muller, 197  
(Parque Santos Dumont)  
5990-0560 / 96211-2785

**Tatuapé**  
R. Serra de Bragança, 358  
(Metrô Tatuapé)  
2941-0200 / 2942-9354  
 97153-9796

**Vila Nova Cachoeirinha**  
Rua Adolfo Kurt Boehm, 38  
Largo do Japonês  
3989-1909 / 3983-1436  
 96211-3527

**Vila Mariana**  
R. Vergueiro, 1898  
(Metrô Ana Rosa)  
2877-4747 / 5575-1411  
 97153-9792



## Solicitação de Exames

### Dados do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses Gênero:  M  F

Gestante:  Sim  Não CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Prof. Rodolfo Giannakopoulos	CROSP 37.924
Dr. Isidoro Farah Junior	CROSP 24.042
Profª Drª Vera Lucia Mestre Rosa	CROSP 28.560
Dr. Adinilton F. de Campos Jr.	CROSP 65.920
Dra. Elisabeth Arealillo Llata	CROSP 45.384
Drª Luciana F. A. M. Gomes	CROSP 74.226
Dr. Ulisses Tavares da Silva Neto	CROSP 49.968
Prof. Dr. César Angelo Lascala	CROSP 27.352
Dr. Paulo Sergio Trevelin Picoletto	CROSP 52.127
Drª Adriana G. Fernandes Silva	CROSP 57.947
Drª Cinthia Zanetti Afexe	CROSP 73.267
Profª Mariana Cavatoni	CROSP 62.128
Drª Cristiane Gomes	CROSP 104.537
Dr. Claudio Rocha Araujo	CROSP 131.964
Drª Geiza Alves Pereira	CROSP 123.520
Drª Rita de Cássia Figueiredo Oki	CROSP 107.031
Drª Priscila Saeki	CROSP 108.654
Dr. Marcelo do Lago Pimentel Maia	CROSP 64.748
Dr. Renato Canezin Leite	CROSP 75.606
Drª Marcia Marques	CROSP 21.166
Drª Ana Carolina Romero	CROSP 102.350
Dr. Marco Antonio Del Nero	CROSP 30.135
Prof. Irineu Gregnanin Pedron	CROSP 62.109

### Solicitado por Dr.(a):

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CRO: \_\_\_\_\_

- Enviar novas requisições  
 Entrega dos exames em consultório  
 Solicito contato do consultor ISO



**HORÁRIO DE ATENDIMENTO**  
Consulte nossos horários de  
atendimento através  
do site ou whatsapp.

[isoradiologia.com.br](http://isoradiologia.com.br)

## Documentação Ortodôntica

**Ecológica - 100% digital - Imagens somente no site e app.**

### Ortodôntica Completa 1 Ecológica

Panorâmica com laudo, telerradiografia lateral com até 3 traçados, 1 par de modelos ortodônticos, 6 fotos.

Análise: \_\_\_\_\_

### Ortodôntica Completa 2 Ecológica

Panorâmica com laudo, telerradiografia lateral com 2 traçados, 1 par de modelo ortodôntica, 6 fotos.

Análise: \_\_\_\_\_

### Especial Ecológica

Panorâmica com laudo, telerradiografia lateral com 3 traçados computadorizados, 1 par de modelo ortodôntico, 6 fotos, telerradiografia Frontal de ricketts e Periapical Incisivos.

Análise: \_\_\_\_\_

### Ortopédica Ecológica

Ortodôntica completa + análise e traçado cefalométrico computadorizado de Bimler, análise de espaço nasofaríngeo (adenóide), modelo de trabalho.

Análise: \_\_\_\_\_

### Periodontal Ecológica

Panorâmica, arcos dentários, com interproximais, 3 fotos intrabucais, 1 par de modelo de trabalho.

### DOC. Personalizada

Dr.(a): \_\_\_\_\_

### DOC. para Alinhadores / Escaneamento Intraoral

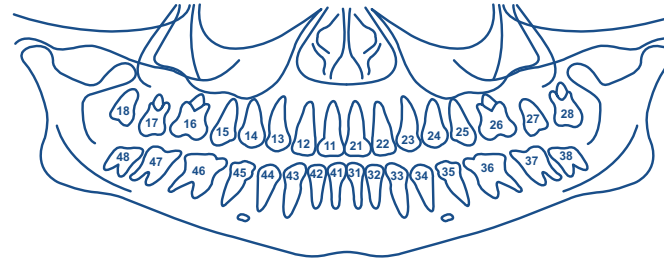
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ESCANEAMENTO INTRAORAL | <input type="checkbox"/> INVISALIGN  |
| <input type="checkbox"/> CLEAR ALIGNER          | <input type="checkbox"/> ORTHO ALIGNER <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B |
| <input type="checkbox"/> EASY SOLUTION          | <input type="checkbox"/> SOU SMILE   |
| <input type="checkbox"/> ESTHETIC ALIGNER       | <input type="checkbox"/> NEW ALIGNER   |
| <input type="checkbox"/> DIGITAL ALIGNER        | <input type="checkbox"/> EZALIGNER   |
| <input type="checkbox"/> EXCELENCE ALIGNER      | <input type="checkbox"/> ORTHO E-MOTION  |
| <input type="checkbox"/> SNAP ALIGNER           | <input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar tipo de alinhador)  |
| <input type="checkbox"/> CLEAR CORRECT          | _____  |
| <input type="checkbox"/> CLEARTEK               | _____  |

### Análises Cefalométricas Computadorizadas

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adenóides         | <input type="checkbox"/> Previsão de crescimento de Ricketts |
| <input type="checkbox"/> Análise facial    | <input type="checkbox"/> Previsão de erupção dos 3ºs molares |
| <input type="checkbox"/> APCD              | <input type="checkbox"/> Ricketts                            |
| <input type="checkbox"/> Apneia            | <input type="checkbox"/> Ricketts Frontal                    |
| <input type="checkbox"/> Bimler            | <input type="checkbox"/> Rocabado                            |
| <input type="checkbox"/> Björk Jarabak     | <input type="checkbox"/> Schwartz                            |
| <input type="checkbox"/> Delmanto          | <input type="checkbox"/> Steiner                             |
| <input type="checkbox"/> Lavergne Petrovic | <input type="checkbox"/> McNamara                            |
| <input type="checkbox"/> BBO               | <input type="checkbox"/> Tweed                               |
|  | <input type="checkbox"/> Unicamp                             |
|  | <input type="checkbox"/> USP                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Outros                              |
|  | <input type="checkbox"/> Trevisi                             |

## Tomografia Computadorizada

### Odontograma



Impressão em Película Radiográfica

### Tomografia Implante

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maxila Completa       | <input type="checkbox"/> Com Medidas |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula Completa    | <input type="checkbox"/> Sem Medidas |
| <input type="checkbox"/> Outras regiões: _____ |                                      |

(assinalar região no odontograma)

### Tomografia de Pequeno Fov / alta resolução

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Endodontia / Pesquisa de Fratura / Lesão |
| <input type="checkbox"/> Localização de dente incluso             |

Região: \_\_\_\_\_ (assinalar região no odontograma)

Especificar finalidade: \_\_\_\_\_

### Tomografia de Grande Fov

- |  |  |                                       |                               |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudo da ATM | <input type="checkbox"/> Seios da Face | <input type="checkbox"/> Espaço Aéreo | <input type="checkbox"/> Face |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------|

Especificar finalidade: \_\_\_\_\_

### Tomografia de Face para Ortodontia

- |  |                              |                               |                              |                                |
|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sistema Compass | <input type="checkbox"/> SEG | <input type="checkbox"/> SAHO | <input type="checkbox"/> SYM | <input type="checkbox"/> Marpe |
|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Somente Digital (Ecológica) | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA + ESCANEAMENTO INVISALIGN |
|--|---|

### Tipos de Software de Manipulação:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implant Viewer                            | <input type="checkbox"/> Dicom            |
| <input type="checkbox"/> Dental Slice                              | <input type="checkbox"/> I-Dixel (Morita) |
| <input type="checkbox"/> I-Cat Vision                              |   |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Virtual Guiada (somente digital) |   |

Sistema: \_\_\_\_\_

E-mail para envio: \_\_\_\_\_

### Prototipagem

- |                                    |                                       |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maxila    | <input type="checkbox"/> Estendida    | <input type="checkbox"/> Guia Cirúrgico (planejamento previamente executado pelo profissional solicitante) |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula | <input type="checkbox"/> Opaca        |  |
| <input type="checkbox"/> Simples   | <input type="checkbox"/> Transparente |  |

OBS: \_\_\_\_\_

## Radiografias Extrabucais

### Panorâmica

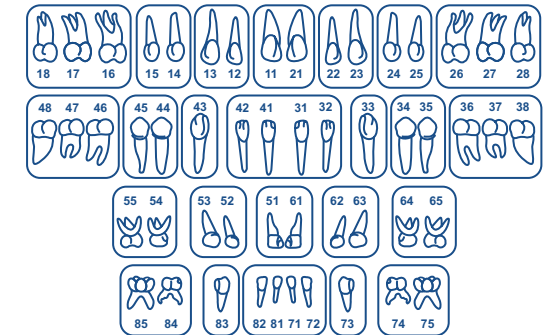
- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Com traçado                    | <input type="checkbox"/> Ecológica |
| <input type="checkbox"/> Impressão em papel fotográfico |                                    |

Especificar finalidade: \_\_\_\_\_

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idade Óssea       | <input type="checkbox"/> Atm 2 Posições |                                  |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografia  | <input type="checkbox"/> Lateral        | <input type="checkbox"/> Frontal |
| <input type="checkbox"/> Com traçado _____ |   |                                  |

## Radiografias Intrabucais

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Periapicais     | <input type="checkbox"/> Impressão em papel fotográfico | <input type="checkbox"/> Ecológica |
| <input type="checkbox"/> Arcos dentários | <input type="checkbox"/> Dentes assinalados             | <input type="checkbox"/> Ampliada  |



- |   |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interproximais | <input type="checkbox"/> Oclusais    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Molares        | <input type="checkbox"/> Pré-Molares | <input type="checkbox"/> Maxila    |
| <input type="checkbox"/> D              | <input type="checkbox"/> D           | <input type="checkbox"/> Mandíbula |
| <input type="checkbox"/> E              | <input type="checkbox"/> E           |                                    |

## Serviços Complementares

Fotos  Ecológica

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Frente / perfil (rosto) | <input type="checkbox"/> Intrabucais | <input type="checkbox"/> Overbite                       |
| <input type="checkbox"/> Sorrindo                | <input type="checkbox"/> Overjet     | <input type="checkbox"/> Corpo inteiro (traje de banho) |
| <input type="checkbox"/> Vertical verdadeira     | <input type="checkbox"/> Oclusais    | <input type="checkbox"/> Outros                         |

Modelos  Ecológica

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Modelo Ortodôntico | <input type="checkbox"/> Escaneamento de modelos (Digitalização) |
| <input type="checkbox"/> Modelo de trabalho | <input type="checkbox"/> Resina                                  |
| <input type="checkbox"/> Modelo Digital     | <input type="checkbox"/> Filamento                               |

## Anatomia Patológica

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Anátomo-patológico _____ |
| <input type="checkbox"/> Citológico _____         |
| <input type="checkbox"/> Imunohistoquímico _____  |