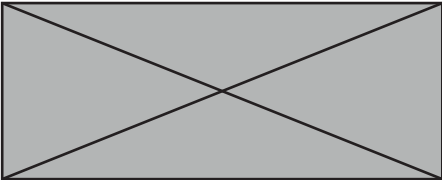


Login




E-mail

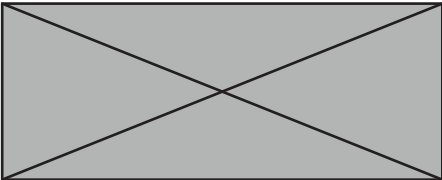
Senha

ACESSAR

Esqueci a senha / Cadastrar-se



Cadastro



Nome completo

Verificar junto ao CFO se o número é valido ou está ativo.

CRO

CPF/CNPJ

Máscara de validação.

Endereço completo


CEP

Principal telefone



Email

Senha

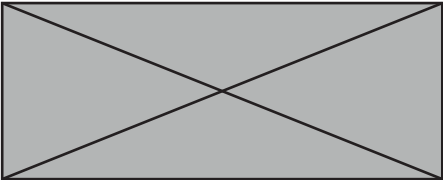
Confirmar Senha



Cadastrar



Recuperar senha



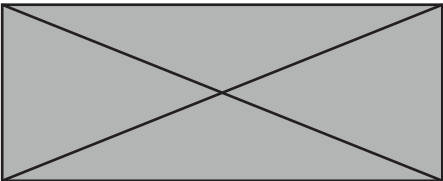
E-mail

CPF/CNPJ

RECUPERAR A SENHA

— Enviar e-mail com alteração

Recuperar senha-Pós e-mail



Nova Senha

Confirmar Nova Senha

ALTERAR SENHA



Painel

Acompanhar pedidos

Aligner

Implant

Guia

ROG

Surgery

Esthetic

Escaneamento intraoral

STL

Pacientes

Chamados

Dados cadastrais

Logout

Painel de Compras

120

Compras

60

Pacientes

3

Chamados

2

Serviços usados

Gráfico de Compras

Últimas Compras

Chamados

MENU

Pedidos

00000 - Alinhador Ortodôntico - Paciente

00000 - Guia Cirúrgico - Paciente

00000 - Alinhador Ortodôntico - Paciente

Planejamento

Em produção

Aprovação Setup

Arquivo: arquivo.pdf | Adicionar comentários | Aprovar

Status de pagamento: Aguardando aprovação.

Setup

Arquivos enviados

00000 - Guia Cirúrgico - Paciente

00000 - Alinhador Ortodôntico - Paciente

Os pedidos deverão alterar de cor de acordo com seu status, as cores devem ser previstas na legenda acima. Definir as cores no escopo inicial do projeto.

MENU

Dados cadastrais

Nome completo:

CRO:

CPF/CNPJ:

CEP:

Endereço:

Principal telefone:

E-mail:

Alterar dados - Inserir opção de alteração de foto do cliente

Endereços adicionais

Nome receptor:

Endereço:

Bairro:

Ponto de referência:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Complemento:

Alterar dados | Excluir endereço

Nome receptor:

Endereço:

Bairro:

Ponto de referência:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Complemento:

Alterar dados | Excluir endereço

MENU

Chamados

Em aberto

00000 - Problemas com alinhador

00000 - Alinhador perdido

00000 - Guia cirurgico chegou danificado

Abrir chamado

[illegible]

Painel de Controle - Ver chamado aberto

MENU

Chamado - 00000

Cliente - 10/10/2018 - 12:00

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nulla ante turpis, rutrum ut ullamcorper sed, dapibus ac nunc.

Cliente - 10/10/2018 - 12:00

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nulla ante turpis, rutrum ut ullamcorper sed, dapibus ac nunc.

Escreva sua mensagem aqui...

Enviar

Encerrar chamado!

Painel de Controle - Pacientes

MENU

Pacientes

Adicionar Paciente

Pesquisar paciente por nome...

Pesquisar

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

E-mail:

Telefone:

Cidade:

Gênero:

Estado:

Celular:

Alterar dados | Excluir paciente

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

E-mail:

Telefone:

Cidade:

Gênero:

Estado:

Celular:

Alterar dados | Excluir paciente

Painel de Controle - Adicionar Pacientes

MENU

Adicionar Pacientes

Nome completo

Data de Nascimento

Gênero

Masculino

Feminino

E-mail

Telefone

Celular

Estado

Cidade

Adicionar





- (limitação periodontal, reabsorções radiculares, perfil aceita retrusão ou protrusão de incisivos, etc)

Objetivo principal e planejamento geral do caso clínico (favor, fornecer o máximo de informação sobre o que se deseja com o tratamento)



- 

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

5 - EXTRAÇÃO

- ☐ Nenhum
- ☐ Extração do dente:

5 - SOBRECORREÇÕES

5.1 - Sobrecorreção das rotações

- ☐ Sobrecorrigir todas as rotações
- ☐ Sobrecorrigir apenas as rotações dos dentes

- ☐ Não sobrecorrigir as rotações

5.2 - Sobrecorreção das intrusões

- ☐ Sobrecorrigir todas as intrusões
- ☐ Sobrecorrigir apenas as intrusões dos dentes

- ☐ Não sobrecorrigir as intrusões

5.3 - Sobrecorreção das extrusões

- ☐ Sobrecorrigir todas as extrusões
- ☐ Sobrecorrigir apenas as extrusões dos dentes

- ☐ Não sobrecorrigir as extrusões

6 - NIVELAMENTO DOS INCISIVOS SUPERIORES

- ☐ Opção 1

- ☐ Nivelar bordas incisivas dos laterais na mesma altura dos centrais
- ☐ Nivelar bordas incisivas dos laterais 0,5 mm mais cervicais às bordas incisivas dos centrais
- ☐ Outra orientação

- ☐ Opção 2

Nivelar as margens gengivais, tendo como referência o seguinte incisivo central:

- ☐ 1.1
- ☐ 2.1
- ☐ Outra orientação

7 - RELAÇÃO ÂNTERO-POSTERIOR (A-P). ATENTE-SE AO LADO INDICADO PARA CORREÇÃO.

Recomenda-se o uso de recursos adicionais, como elásticos intermaxilares associados ao tratamento com alinhadores para manutenção da ancoragem durante os movimentos ântero-posteriores. O planejamento e execução destes recursos adicionais são de inteira responsabilidade do ortodontista solicitante em seu ambiente clínico.

7.1 Lado Esquerdo

Opção 01

- ☐ Manter relação de caninos esquerdos

Opção 02

- ☐ Melhorar relacionamento A-P de caninos esquerdos, até 1mm (na auxênica de diastemas, DIP porterior será necessário)

7.2 Lado Direito

Opção 01

- ☐ Manter relação de caninos direitos

Opção 02

- ☐ Melhorar relacionamento A-P de caninos esquerdos, até 1mm (na auxênica de diastemas, DIP porterior será necessário)

Habilitar somente se a opção 1 for selecionada

Aparecer somente se "alterar  
sobremordida inicial" for  
selecionada

8 - SOBRESSALIÊNCIA

- ☐ Mostrar resultados de sobressaliência após alinhamento
- ☐ Manter sobressaliência inicial (pode requerer DIP)
- ☐ Reduzir sobressaliência com DIP

9 - SOBREMORDIDA

- ☐ Mostrar resultados de sobremordida após alinhamento
- ☐ Manter sobremordida inicial (pode requerer DIP)
- ☐ Alterar sobremordida inicial

9.1 - Corrigir mordida aberta (deixe em branco caso não se aplique ao seu caso)  
PARA EXTRUSÃO E INTRUSÃO, RECOMENDA-SE O USO DE RECURSOS ADICIONAIS, COMO ELÁSTICOS INTERMAXILARES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO COM ALINHADORES. O PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DESTES RECURSOS ADICIONAIS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO ORTODONTISTA SOLICITANTE EM SEU AMBIENTE CLÍNICO.

Extruir dentes anteriores

- ☐ Superiores
- ☐ Inferiores

9.2 - Corrigir mordida profunda (deixe em branco caso não se aplique ao seu caso)  
PARA EXTRUSÃO E INTRUSÃO, RECOMENDA-SE O USO DE RECURSOS ADICIONAIS, COMO ELÁSTICOS INTERMAXILARES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO COM ALINHADORES. O PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DESTES RECURSOS ADICIONAIS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO ORTODONTISTA SOLICITANTE EM SEU AMBIENTE CLÍNICO.

Extruir dentes anteriores

- ☐ Superiores
- ☐ Inferiores

10 - LINHA MÉDIA

- ☐ Mostrar resultados da linha média após o alinhamento
- ☐ Manter linha média inicial (pode requerer DIP)
- ☐ Corrigir linha média com DIP

Superior

Não alterar

Para direita do paciente

Para esquerda do paciente

Inferior

Não alterar

Para direita do paciente

Para esquerda do paciente

11.1 - Diastemas

- ☐ Fechar todos os diastemas
- ☐ Fechar todos os diastemas exeto:

11.2 - Em caso de discrepância de tamanho dentário

- ☐ Deixar espaço na mesial dos laterais
- ☐ Deixar espaço na distal dos laterais
- ☐ Deixar espaços igualmente ao redor dos laterais
- ☐ DIP no arco oposto e retração superior

11.3 - Para tratamento de casos de fechamento de espaços, realizar sobrecorreção do fechamento (cadeia elástica virtual)

- ☐ Sim
- ☐ Não

11.4 - Correção do apinhamento (defina as prioridades)

11.4.1 - Correção superior

11.4.1 - Correção inferior



Extração transversal

Primeira opção  
Quando for necessário após a primeira opção  
Mínimo necessário  
Não realizar

Extração transversal

Primeira opção  
Quando for necessário após a primeira opção  
Mínimo necessário  
Não realizar

Vestibularização incisivos

Primeira opção  
Quando for necessário após a primeira opção  
Mínimo necessário  
Não realizar

Vestibularização incisivos

Primeira opção  
Quando for necessário após a primeira opção  
Mínimo necessário  
Não realizar

DIP - Anterior

Primeira opção  
Quando for necessário após a primeira opção  
Mínimo necessário  
Não realizar

DIP - Anterior

Primeira opção  
Quando for necessário após a primeira opção  
Mínimo necessário  
Não realizar

12 - EXPANSÃO DO ARCO

- ☐ Aumentar a largura do arco na região de caninos apenas
- ☐ Aumentar a largura do arco na região de caninos e pré-molares
- ☐ Aumentar a largura do arco na região de pré-molares apenas
- ☐ Alinhar o arco com mínima alteração de largura

13 - PREFERÊNCIAS CLÍNICAS PARA O DESGASTE PROXIMAL (DIP)

Recomendações para desgaste interproximal (DIP)

- ☐ Restringir desgaste máximo para 0.3 mm em cada face proximal
- ☐ Restringir desgaste máximo para 0.5 mm em cada face proximal
- ☐ Não restringir desgaste máximo em cada face dentária
- ☐ Desejo um desgaste específico no(s) dente(s)/face(s)

14 - OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA REALIZAÇÃO DO SETUP

15 - ENVIO DE MODELO FÍSICO

O envio de modelos em gesso só é aceito para confecção de contenções (Smart Retainer), para confecção de alinhadores (Smart Aligner) são apenas aceitas moldagens em silicone de adição e modelos virtuais.

- ☐ Sim
- ☐ Não



16 - ENVIO DE MODELO FÍSICO

- ☐ Descarte
- ☐ Devolução

16 - ANEXE AQUI OS ARQUIVOS OBRIGATÓRIOS EM FORMATO .ZIP OU .RAR

- Modelos digitais por meio de escaneamento intraoral  
- Protocolo Fotográfico para planejamento:

1. Foto frontal
2. Foto frontal sorrindo
3. Foto perfil direito
4. Foto oclusal superior
5. Foto oclusal inferior
6. Foto intrabucal frontal



Painel de Controle - Aligner Continuação

MENU

7. Foto intrabucal lado direito

8. Foto intrabucal lado esquerdo

- Arquivo Complementar

Radiografia panorâmica e cefalométrica de perfil ou Tomografia computadorizada Cone Beam

Paciente Escaneado pelo Scan Service?

☐ Sim

☐ Não

PROCURAR

Anexar um arquivo

ENVIAR PEDIDO

Painel de Controle - Escaneamento intraoral

MENU

Escaneamento intraoral

☐

Nome receptor:

Endereço:

Ponto de referência:

Cidade:

Complemento:

Estado:

Telefone:

☐

Nome receptor:

Endereço:

Ponto de referência:

Cidade:

Complemento:

Estado:

Telefone:

Solicitar

No caso de nenhum dos endereços cadastrados pelo dentista tiver o serviço mostrar apenas o aviso de serviço indisponível nos endereços cadastrados. Após a solicitação encaminhar um e-mail ao escaneador da região para entrar em contato com o dentista e fazer o agendamento.

Painel de Controle - STL

MENU

STL

Definir downloads/links para as STLs

MENU

Smart Solutions | Surgery

Paciente

[cadastrar paciente](#)

1 - TIPO DE CASO

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO SELECIONAR UM TIPO DE CASO ABAIXO

- Somente Impressão
- Smart Plan Orthognathics
- Smart Plan Trauma e Reconstruction

2 - TIPO DE TRABALHO

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO SELECIONAR UM TIPO DE CASO ABAIXO

- Pré-montagem de crânio
- Smart Splint intermediário
- Smart Splint final
- Guia de Palato - fina
- Guia de Palato - inteira
- Guia de corte e posicionamento de mento
- Guia Osteoromia de Wings
- Guia de corte - ATM
- Guia L invertido - Avulso
- Guia L invertido - Par

3 - OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA REALIZAÇÃO DO SETUP

4 - ENVIAR OS ARQUIVOS (ZIP OU RAR)

PROCURAR

Anexar um arquivo



ENVIAR PEDIDO



MENU

Smart Solutions | Implant (guiada)

Paciente

▼

*cadastrar paciente*

1 - GUIA DESEJADA



- ☐ Guia Total (mucosuportado)
- ☐ Guia Parcial (dentosuportado)

2 - MARQUE OS ELEMENTOS QUE VÃO RECEBER IMPLANTE

OBSERVAÇÃO: ESSA ETAPA REFERE-SE A QUANTIDADE DE FUROS NO GUIA ESCOLHIDO

X

18

☐

X

17

☐

X

16

☐

X

15

☐

X

14

☐

X

13

☐

X

12

☐

X

11

☐

X

21

☐

X

22

☐

X

23

☐

X

24

☐

X

25

☐

X

26

☐

X

27

☐

X

28

☐

X

48

☐

X

47

☐

X

46

☐

X

45

☐

X

44

☐

X

43

☐

X

42

☐

X

41

☐

X

31

☐

X

32

☐

X

33

☐

X

34

☐

X

35

☐

X

36

☐

X

37

☐

X

38

☐

2.1 - Prótese

- ☐ Cimentada
- ☐ Parafusada

2.2 - Sistema de implante a ser utilizado

- ☐ SIN
- ☐ NEODENT
- ☐ CONEXÃO
- ☐ STRAUMANN
- ☐ DERIG
- ☐ EMFILS
- ☐ OUTRO

2.2 - Exodontia

X

18

☐

X

17

☐

X

16

☐

X

15

☐

X

14

☐

X

13

☐

X

12

☐

X

11

☐

X

21

☐

X

22

☐

X

23

☐

X

24

☐

X

25

☐

X

26

☐

X

27

☐

X

28

☐

X

48

☐

X

47

☐

X

46

☐

X

45

☐

X

44

☐

X

43

☐

X

42

☐

X

41

☐

X

31

☐

X

32

☐

X

33

☐

X

34

☐

X

35

☐

X

36

☐

X

37

☐

X

38

☐

3 - OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO CONSIDERAÇÕES?

4 - ENVIO DE MODELO FÍSICO

- ☐ Sim
- ☐ Não

5 - DESTINAÇÃO DO MODELO

☐ Descarte

☐ Devolução

6 - ENVIAR OS ARQUIVOS (ZIP OU RAR)

PROCURAR

Anexar um arquivo

ENVIAR PEDIDO

MENU

Smart Solutions | Implant (guia de)

Paciente

cadastrar paciente

1 - SELECIONE O TAMANHO DA PROTOTIPAGEM

☐ Parcial

☐ Canino a Canino

☐ Hemiarcada

☐ Mandíbula

☐ Maxila

---

2 - MARQUE OS ELEMENTOS EQUIVALENTES A ÁREA A SER PLANEJADA

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

3 - MARQUE OS ELEMENTOS A SEREM REMOVIDOS DA TOMOGRAFIA (EXTRAÇÃO DENTÁRIA SIMULADA)

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

4 - OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO CONSIDERAÇÕES?

---

5 - ENVIAR OS ARQUIVOS (ZIP OU RAR)

PROCURAR Anexar um arquivo

ENVIAR PEDIDO

MENU

Smart Solutions | Esthetic

Paciente



*cadastrar paciente*

1 - PLANEJAMENTO DESEJADO

- ☐ DSD 2D
- ☐ DSD 2D + 3D (Enceramento virtual)
- ☐ DSD 2D + 3D (com impressão de modelo mockup)



2 - MARQUE OS ELEMENTOS A SEREM PLANEJADOS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO CONSIDERAÇÕES?

4 - DESTINAÇÃO DO MODELO ORIGINAL

- ☐ Descarte
- ☐ Devolução

5 - ENVIAR OS ARQUIVOS (ZIP OU RAR)

PROCURAR

Anexar um arquivo

ENVIAR PEDIDO

MENU

Finalizar a compra

Dados de dentista

Nome completo:

CPF/CNPJ:

Endereço:

E-mail:

CRO:

CEP:

Principal telefone:

Dados do paciente

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

E-mail:

Telefone:

Cidade:

Gênero:

Estado:

Celular:

Endereço de entrega

Nome receptor:

Endereço:

Bairro:

Ponto de referência:

Cidade:

Complemento:

Estado:

Telefone:

Nome receptor:

Endereço:

Bairro:

Ponto de referência:

Cidade:

Complemento:

Estado:

Telefone:

Adicionar endereço

Dados de cobrança

Preencher automaticamente com dados do dentista

Preencher com outros dados

Nome completo

CPF/CNPJ

Endereço completo

CEP

Principal telefone

Email

Formas de entrega

Retirada na Smart Solutions

Entrega feita pela Smart Solutions (Grande Rio e Niteroi)

Correios | SEDEX

Transporte aéreo (TAM Cargo)

FINALIZAR COMPRA

Se o produto esperar SETUP apenas dar o aviso que foi finalizado.  
Se não precisar de setup ir para o pagamento.

Aparecer opção  
somente se a opção  
desejada for  
preencher com  
outros dados

Consulta vinda do SQL

MENU

Pagamento

Consulta ao SPC para verificar parcelamento em boleto custo de R\$2,79 por consulta

Escolher forma de pagamento

☐ Boleto a vista

☐ Cartão de crédito

☐ Transferência bancária

☐ Boleto parcelado em 6x

EFETUAR PAGAMENTO

Valor da compra

R\$ 0,00

Valor do envio

R\$ 0,00

Total

R\$ 0,00