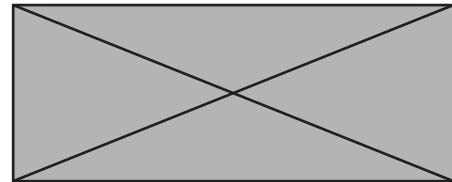


## Login



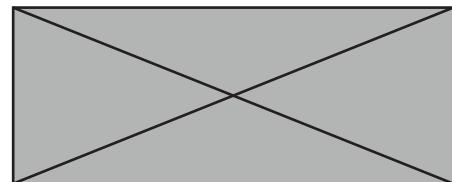
E-mail

Senha

[Esqueci a senha / Cadastrar-se](#)



## Cadastro



Nome completo

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

CRO

CPF/CNPJ

Máscara de validação.

Endereço completo

CEP

Principal telefone



Email

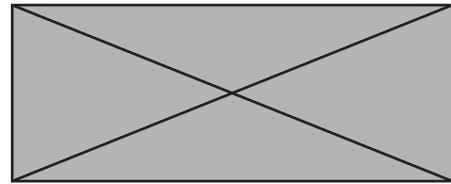


Senha

Confirmar Senha



## Recuperar senha



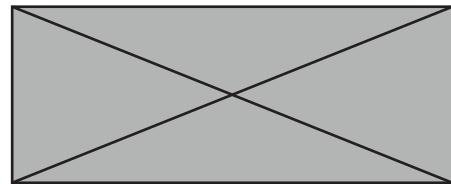
E-mail

CPF/CNPJ

RECUPERAR A SENHA

— [Enviar e-mail com alteração](#)

## Recuperar senha-Pós e-mail



Nova Senha

Confirmar Nova Senha

ALTERAR SENHA





## Painel de Controle - Tela inicial

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

- Alinhador Ortodôntico Em produção - Paciente
- Guia Curárgico Enviado - Paciente
- Alinhador Ortodôntico Entregue - Paciente

Chamados

- Lorem ipsum 10/10/2018  
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris facilisis non augue quis vestibulum. Duis facilisis blandit tellus, eget tempus diam. Mauris accumsan...
- Lorem ipsum 10/10/2018  
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris facilisis non augue quis vestibulum. Duis facilisis blandit tellus, eget tempus diam. Mauris accumsan...
- Lorem ipsum 10/10/2018  
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Mauris facilisis non augue quis vestibulum. Duis facilisis blandit tellus, eget tempus diam. Mauris accumsan...

## Painel de Controle - Acompanhar pedidos

MENU

Pedidos

- Legenda 1   Legenda 2   Legenda 3   Legenda 4
- 00000 - Alinhador Ortodôntido - Paciente
- 00000 - Guia Cirúrgico - Paciente
- 00000 - Alinhador Ortodôntido - Paciente
  - Planejamento Em produção
  - Aprovação Setup  
Arquivo: arquivo.pdf | Adicionar comentários | Aprovar — **Ao clicar em aprovar enviar a página de pagamento**  
Comentários:
  - Status de pagamento: Aguardando aprovação.
  - Setup  
Arquivos enviados
- 00000 - Guia Cirúrgico - Paciente
- 00000 - Alinhador Ortodôntido - 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.

## Painel de Controle - Dados Cadastrais



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:



Complemento:

Endereço:

Estado:

Bairro:

Cidade:

Telefone:

Ponto de referência:

Alterar dados | Excluir endereço

Nome receptor:

Complemento:

Endereço:

Estado:

Bairro:

Cidade:

Telefone:

Ponto de referência:

Alterar dados | Excluir endereço

## Painel de Controle - Chamados



MENU

### Chamados

Abrir chamado

Em aberto

00000 - Problemas com alinhador

00000 - Alinhador perdido

00000 - Guia cirurgico chegou danificado

## Painel de Controle - Abrir chamado



MENU

### Abrir chamado



PROCURAR

Anexar um arquivo

Enviar

## 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:

Gênero:

Estado:

Celular:

[Alterar dados](#) | [Excluir paciente](#)

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

E-mail:

Telefone:

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



MENU

## Smart Aligner

Paciente

cadastrar paciente



## 1 - CONDIÇÕES CLÍNICAS GERAIS

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apinhamento                | <input type="checkbox"/> Mordida cruzada anterior  | <input type="checkbox"/> Classe III               | <input type="checkbox"/> Arco atrésico         |
| <input type="checkbox"/> Diastemas                  | <input type="checkbox"/> Mordida cruzada posterior | <input type="checkbox"/> Sobressalência exagerada | <input type="checkbox"/> Desvio de linha média |
| <input type="checkbox"/> Incisivos vestibularizados | <input type="checkbox"/> Classe II 1ª Divisão      | <input type="checkbox"/> Sobre mordida exagerada  |  |
| <input type="checkbox"/> Incisivos retroinclinados  | <input type="checkbox"/> Classe II 2ª Divisão      | <input type="checkbox"/> Mordida aberta anterior  |  |

## Observações clínicas atuais do paciente

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

Preencher com toda informação que possa ser importante para seu caso

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

## 2 - SELECIONAR A FORMA DE TRATAMENTO DOS ARCOS

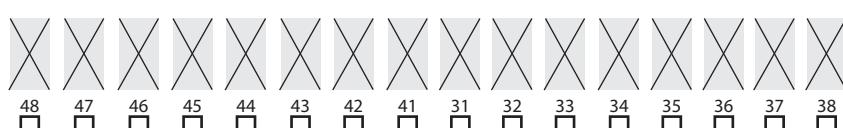
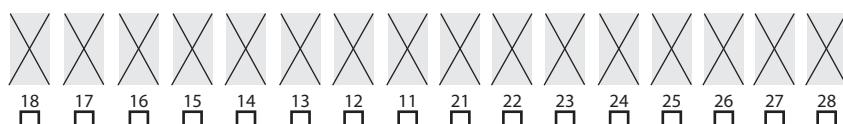
A arcada superior será:

Tratada com alinhador (maloclusão será corrigida)  
Tratada com ortodontia fixa (maloclusão será corrigida)  
Não será tratada (maloclusão será mantida)

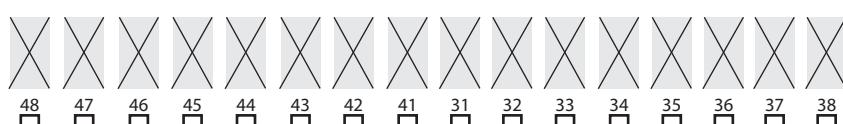
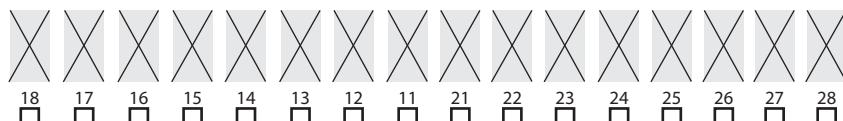
A arcada inferior será:

Tratada com alinhador (maloclusão será corrigida)  
Tratada com ortodontia fixa (maloclusão será corrigida)  
Não será tratada (maloclusão será mantida)

## 3 - RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO DENTÁRIO

 Não há restrição (mover todos dentes) Estes dentes específicos não podem ser movimentados:

## 4 - ATTACHMENTS

 Coloque todos os attachments necessários Não coloque attachments nestes dentes:

## Painel de Controle - Aligner Continuação

### 5 - EXTRAÇÃO

- Nenhum
- Extração do dente:

---

### 5 - SOBRECORREÇÕES

#### 5.1 - Sobre correção das rotações

- Sobre corrigir todas as rotações
- Sobre corrigir apenas as rotações dos dentes

- Não sobre corrigir as rotações

#### 5.2 - Sobre correção das intrusões

- Sobre corrigir todas as intrusões
- Sobre corrigir apenas as intrusões dos dentes

- Não sobre corrigir as intrusões

#### 5.3 - Sobre correção das extrusões

- Sobre corrigir todas as extrusões
- Sobre corrigir apenas as extrusões dos dentes

- Não sobre corrigir 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

Habilitar somente se a opção 1  
for selecionada

#### Opção 2

Nivelar  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 auxélica de diastemas, DIP posterior 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 auxélica de diastemas, DIP posterior será necessário)

# Painel de Controle - Aligner Continuação

## 8 - SOBRESSALIÊNCIA

- Mostrar resultados de sobressalência após alinhamento
  - Manter sobressalência inicial (pode requerer DIP)
  - Reduzir sobressalência 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

Aparecer somente se "alterar  
sobremordida inicial" for  
selecionada

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 sobrecorrção 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

# Painel de Controle - Aligner Continuação

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

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 intra



Nome receptor:

Endereço:

Cidade:

Complemento:

Estado:

Telefone:

Ponto de referência:

Nome receptor:

Endereço:

Cidade:

Complemento:

Estado:

Telefone:

Ponto de referência:

**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](#)

## *cadastrar paciente*

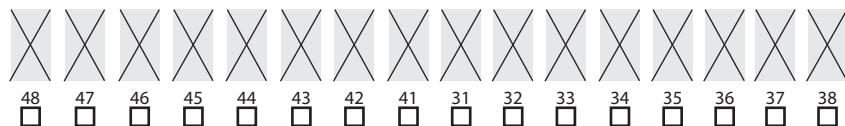
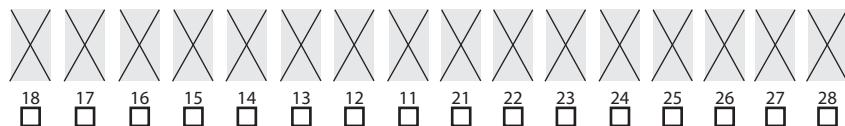
## 1 - GUIA DESEJADA



Guia Total (mucosuportado)     Guia Parcial (dentesuportado)

## 2 - MARQUE OS ELEMENTOS QUE VÃO RECEBER IMPLANTE

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



2.1 - Prótese

- Cimentada
  - Parafusada

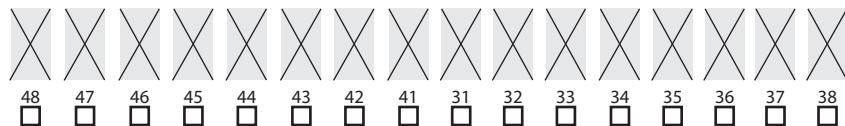
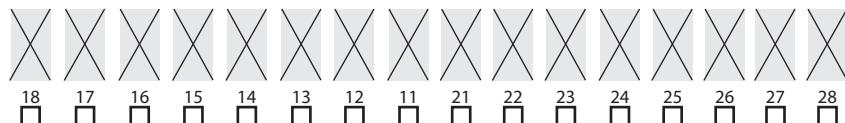
## 2.2 - Sistema de implante a ser utilizado



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

**ANSWER**

## 2.2 - Exodontia



### 3 - OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO CONSIDERAÇÕES?

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).

#### 4 - ENVIO DE MODELO FÍSICO

- Sim
  - Não

## Painel de Controle - Implant Guiada - Continuação

### 5 - DESTINAÇÃO DO MODELO

- Descarte
- Devolução

---

### 6 - ENVIAR OS ARQUIVOS (ZIP OU RAR)

**PROCURAR** Anexar um arquivo

**ENVIAR PEDIDO**

## Painel de Controle - Implant ROG

**MENU**



### Smart Solutions | Implant (guiada)



Paciente

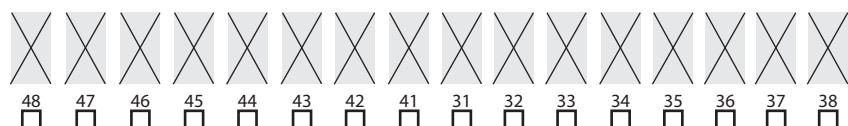
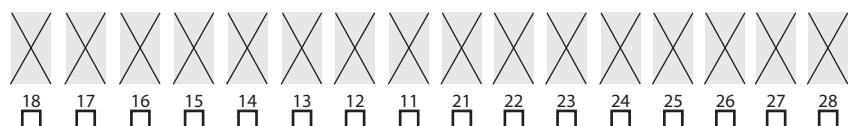
**cadastrar paciente**

### 1 - SELECIONE O TAMANHO DA PROTOTIPAGEM

- Parcial
- Canino a Canino
- Hemarcada
- Mandíbula
- Maxila

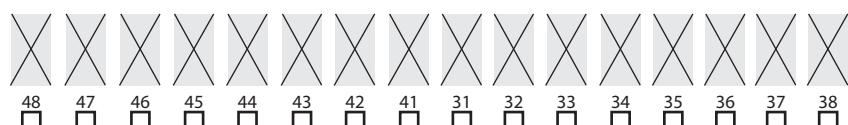
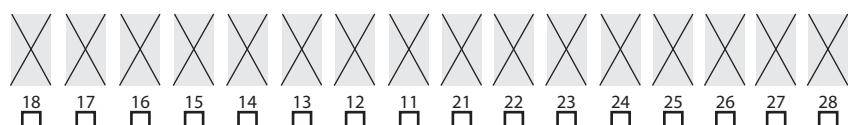
---

### 2 - MARQUE OS ELEMENTOS EQUIVALENTES A ÁREA A SER PLANEJADA



---

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



---

### 4 - OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO CONSIDERAÇÕES?

---

### 5 - ENVIAR OS ARQUIVOS (ZIP OU RAR)

**PROCURAR** Anexar um arquivo

**ENVIAR PEDIDO**

# MENU

Smart Solutions | Esthetic

Paciente

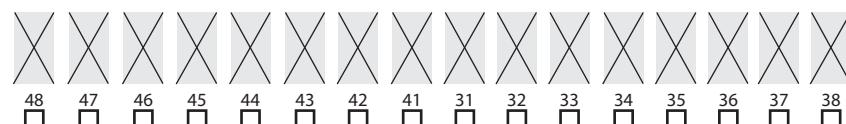
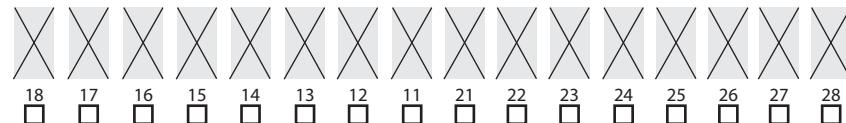
  [cadastrar paciente](#)

## 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



## 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: CRO:

CPF/CNPJ: CEP:

Endereço: Principal telefone:

E-mail:

### Dados do paciente

Nome do paciente: Gênero:

Data de Nascimento: Estado:

E-mail: Celular:

Telefone:

### Endereço de entrega

Nome receptor:  
Endereço: Complemento:  
Bairro: Cidade: Estado:  
Ponto de referência: Telefone:

Nome receptor:  
Endereço: Complemento:  
Bairro: Cidade: Estado:  
Ponto de referência: 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

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

Consulta vinda do SOL

### 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.

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**