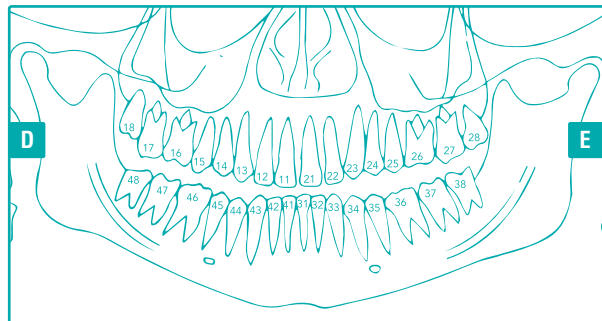


# TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

## 1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

## 2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



- ☐ MAXILA TOTAL  
☐ MANDÍBULA TOTAL  
☐ SEGMENTADA  
REGIÃO: \_\_\_\_\_  
☐ SEIOS DA FACE  
☐ ZIGOMÁTICO

## 3 - ASSINALE A FINALIDADE DO EXAME

- ☐ **IMPLANTES**  
(MEDIDAS PARA IMPLANTES OU AVALIAÇÃO DE IMPLANTES EXISTENTES)
- ☐ **PATOLOGIA / DENTE INCLUSO**  
(PESQUISA: LESÃO; FRATURA ÓSSEA; DENTES INCLUSOS; DENTES SUPRANUMERÁRIOS)
- ☐ **ENDODONTIA / FRATURA / TRINCA**  
(CURVATURA RADICULAR; LESÃO DE FURCA; CANAIS ACESSÓRIOS; 4º CANAL; PESQUISA DE TRINCA/FRATURA DENTÁRIA; PERFURAÇÃO; TREPANAÇÃO; CONDUTOS JÁ TRATADOS)
- ☐ **ORTODONTIA**  
(AVALIAÇÃO DA ESPESSURA ÓSSEA DE DENTES EM INTERESSE)
- ☐ **ATM - CABEÇA DA MANDÍBULA**  
☐ 1 POSIÇÃO ☐ 2 POSIÇÕES ☐ 3 POSIÇÕES
- ☐ **ARCO ZIGOMÁTICO**  
(AVALIAÇÃO DE ESPESSURA DO OSSO ZIGOMÁTICO)
- ☐ **PERIODONTIA**  
(AVALIAR A PERDA ÓSSEA DA ARCADA SOLICITADA)
- ☐ **AUMENTO DE COROA CLÍNICA**  
(CIRURGIA GENGIVAL / PLASTIA GENGIVAL / GENGIVECTOMIA)
- ☐ **3º MOLARES**  
(AVALIAÇÃO: PRÉ OU PÓS EXTRAÇÃO; ANATOMIA RADICULAR)
- ☐ **PROTOCOLO MARPE**  
(AVALIAÇÃO DO PALATO PARA INSTALAÇÃO DE APARELHO)
- ☐ **INVISALIGN**  
(TOMOGRAFIA DA MAXILA E MANDÍBULA EM OCLUSÃO DESTINADO AO CLINCHECK)

## SERVIÇOS ADICIONAIS

- ☐ **TOMOPLAY**  
(LAUDO EM VÍDEO EXPLICATIVO GRAVADO PELO RADIOLOGISTA)
- ☐ **OCCLUSAL**  
(REPORT DE OCCLUSAL)
- ☐ **ODONTOMETRIA**

## SOFTWARES PARA VISUALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO VIRTUAL

- ☐ DENTAL SLICE ☐ IMPLANTVIEWER ☐ ON DEMAND

# CIRURGIA GUIADA

- ☐ TOMO DE 1 ARCADA + ESCANEAMENTO DE GUIA OU INTRAORAL + SOFTWARE PARA PLANEJAMENTO
- ☐ TOMO DE 2 ARCADA + ESCANEAMENTO DE GUIA OU INTRAORAL + SOFTWARE PARA PLANEJAMENTO  
REGIÃO DO IMPLANTE \_\_\_\_\_ MARCA DO IMPLANTE \_\_\_\_\_
- ☐ PLANEJAMENTO VIRTUAL DE IMPLANTES ☐ CONFECÇÃO DO GUIA CIRÚRGICO



**UNIDADES:**  
**SANTA ROSA DE VITERBO E SÃO SIMÃO**

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

## DADOS DO SOLICITANTE

Solicitado por

CRO

E-mail

Endereço

Telefone

- ☐ ENTREGAR EXAMES NO CONSULTÓRIO ☐ SOLICITAR VISITA DO REPRESENTANTE  
☐ ENVIAR MAIS SOLICITAÇÕES DE EXAMES ☐ CENTRAL DE EXAMES

## Escaneie os QR CODEs abaixo e trace sua rota:



### Unidade Santa Rosa de Viterbo

Av. São Paulo, 1438  
Vila Barros, Santa Rosa de Viterbo - SP  
14270-000

☎ (16) 99384-1734

Razão Social: Centro de Imagem Radiológica e Tomográfica Odontológica LTDA  
CRO Clínica: 031517  
Responsável Técnico: Plínio Ragazzini Filho / Cirurgião-dentista  
CRO Responsável: CROSP 17191



### Unidade São Simão

Av. Simão da Silva Teixeira,  
2786 - Jardim Claudia Prado,  
São Simão - SP  
14200-000

☎ (16) 99768-0353

Razão Social: Centro de Imagem Radiológica e Tomográfica Odontológica LTDA  
CRO Clínica: 026050  
Responsável Técnico: Isabela de Cassia Ferreira Pires / Cirurgiã-dentista  
CRO Responsável: 92476

## INFORMAÇÕES

- Atendimento com hora marcada;
- Segunda à Sexta das 08h às 12h e das 14h às 18h (**Santa Rosa**);
- Segunda à Sexta das 08h às 11:30 e das 12:30 às 17h (**São Simão**);
- Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;
- Os exames ficarão disponíveis para retirada na unidade por 90 dias.

# EXAMES 2D

## 1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

### RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

☐ PANORÂMICA CONVENCIONAL

FINALIDADE: \_\_\_\_\_

☐ PANORÂMICA PARA IMPLANTE COM TRAÇADO ANATÔMICO

REGIÃO: \_\_\_\_\_

☐ TRANSFACIAL DE ATM - 2 POSIÇÕES

### TELERRADIOGRAFIA LATERAL

☐ SEM TRAÇADO  
☐ COM TRAÇADO

### TELERRADIOGRAFIA FRONTAL

☐ AP ☐ PA  
☐ SEIOS DA FACE ( WATERS )

### ÍNDICE CARPAL

☐ CURVA DE CRESCIMENTO  
☐ IDADE ÓSSEA

### RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  |  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|    |    |    |    |    |    | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |  |  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|    |    |    |    |    |    | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |  |  |

### PERIAPICAL

☐ DENTES ASSINALADOS  
☐ BOCA TODA

### INTERPROXIMAL

☐ MOLARES ☐ D ☐ E  
☐ PRÉ-MOLARES ☐ D ☐ E

### OCUSAIS

☐ MAXILA  
☐ MANDÍBULA

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

\*é de extrema importância assinalar o formato de recebimento

# DOCUMENTAÇÕES

## 1º PASSO | ESCOLHA O FORMATO DE RECEBIMENTO

☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

## 2º PASSO | ESCOLHA A DOCUMENTAÇÃO

### DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA DIGITAL

☐ PAN + TELE COM TRAÇADO + 6 FOTOS  
+ MODELO

### DOCUMENTAÇÃO ECONÔMICA DIGITAL

☐ PAN + TELE COM TRAÇADO + 6 FOTOS

### DOCUMENTAÇÃO FIRST CHECK DIGITAL

☐ PAN + MODELO DIGITAL

### DOCUMENTAÇÃO COMPLETA DIGITAL

☐ PAN + TELE COM ATÉ 3 TRAÇADOS + 8 FOTOS  
+ PERIAPICAIS DE INCISIVOS + MODELO

### DOCUMENTAÇÃO PARA IMPLANTES DIGITAL

☐ PAN COM TRAÇADO ANATÔMICO + 8 FOTOS  
+ MODELO

### DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES DIGITAL

☐ PAN + TELE COM TRAÇADO + 8 FOTOS  
+ MODELO DIGITAL  
INDIQUE O SISTEMA: \_\_\_\_\_

## 3º PASSO | ESCOLHA O TIPO DE MODELO

☐ SEM MODELO ☐ MODELO DE RESOLUÇÃO CONVENCIONAL (FILAMENTO)  
☐ MODELO DIGITAL ☐ MODELO DE ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)

### ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

☐ ADENÓIDE ☐ BIMLER ☐ JARABAK ☐ MCNAMARA ☐ PETROVICK  
☐ RICKETTS ☐ UNICAMP ☐ USP ☐ USP/UNICAMP ☐ ANÁLISE FACIAL  
☐ TREVISAN ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

### SERVIÇOS OPCIONAIS

☐ FOTOS EXTRA (3) ☐ FOTOS INTRA (3) ☐ FOTOS OCUSAIS (2)  
☐ PERIAPICAIS DE INCISIVOS ☐ TELE FRONTAL ☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL  
☐ LEVANTAMENTO PERIAPICAL ☐ CARPAL FINALIDADE: \_\_\_\_\_

# SERVIÇOS DIGITAIS

☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL  
☐ PLACA DE CONTENÇÃO  
☐ PLACA MIORRELAXANTE  
☐ PLACA DE CLAREAMENTO  
☐ ANÁLISE DE VOLUMETRIA  
☐ SEIO MAXILAR DIREITO ☐ ALVÉOLO (POR ELEMENTO)  
☐ SEIO MAXILAR ESQUERDO REGIÃO: \_\_\_\_\_

☐ PERIOGUIDE  
☐ COM ANÁLISE FACIAL ☐ SEM ANÁLISE FACIAL

☐ BIOMODELO ☐ MANDÍBULA ☐ MAXILA  
☐ ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)  
☐ RESOLUÇÃO CONVENCIONAL (FILAMENTO)

☐ MODELO 3D IMPRESSO  
☐ ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)  
☐ RESOLUÇÃO CONVENCIONAL (FILAMENTO)