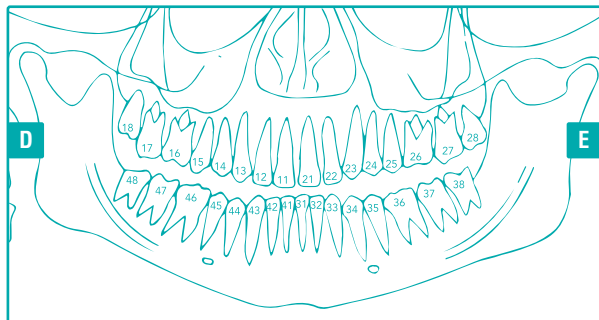


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



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

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 ESPESURA ÓSSEA DE DENTES EM INTERESSE)
- ☐ **ATM - CABEÇA DA MANDÍBULA**
☐ 1 POSIÇÃO ☐ 2 POSIÇÕES ☐ 3 POSIÇÕES
- ☐ **ARCO ZIGOMÁTICO**
(AVALIAÇÃO DE ESPESURA 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 FACE TOTAL EM OCLUSÃO)

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



Diagnóstico Odontológico



dvidiagnostico.com.br

Onde
sorrisos
nascem

UNIDADE ARARAQUARA

(16) 3335 1532

R. Expedicionários do Brasil, 2257 - Araraquara SP
aqa@dviradiologia.com.br

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitado por

CRO

E-mail

Endereço

Telefone

ESTA UNIDADE ATENDE OS CONVÊNIOS:

- | | | |
|------------------|----------------------|-------------------|
| • AMIL DENTAL | • INTERODONTO | • UNIMED ODONTO |
| • APAS | • METLIFE | • UNIMED SAÚDE |
| • APCD | • ODONTO PREV | • UNIODONTO |
| • CEDEFACE | • ODONTOCLINIC | • DENTAL INTEGRAL |
| • AMOR SAÚDE | • SUL AMÉRICA ODONTO | |
| • FAEPO | • SER ÚNICO | |
| • GESTOS | • SEST SENAT | |
| • HAPVIDA | • INPAO | |
| • HAPVIDA ODONTO | • UNESP | |
| • HODONTO | • UNIARA | |

OBS: Para atendimento de convênio é necessário receituário assinado pelo dentista solicitante com carimbo, data e finalidade do exame.

Escaneie o
QR CODE
abaixo e
trace a rota



Razão Social: RTOB - Radiologia
Odontológica Brasil Ltda
CRO-SP Clínica: 11404

Responsável Técnico: Aline Lameiro Lopes
Cirurgiã-dentista
CRO-SP Responsável: 164696

INFORMAÇÕES

- Segunda à Sexta das 08h às 18h e Sábado das 08h às 12h;
- Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;
- Em caso de documentação, sugerimos jejum de 2 horas;
- 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

☐ TÉCNICA DE CLARK

☐ BOCA TODA

INTERPROXIMAL

☐ MOLARES ☐ D ☐ E

☐ PRÉ-MOLARES ☐ D ☐ E

INTERPROXIMAL

☐ 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

☐ PAN + TELE COM ATÉ 2 TRAÇADOS + 8 FOTOS + MODELO (ESCOLHA MODELO)

DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL

☐ PAN + 4 FOTOS + 14 PERIAPICAIS + MODELO (ESCOLHA O MODELO)

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

☐ DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA + 2 PERIAPICAIS

DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA

☐ DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA + 2 PERIAPICAIS + CARPAL + 2 MODELOS (ESCOLHA OS MODELOS)

3º PASSO | ESCOLHA O TIPO DE MODELO

☐ SEM MODELO ☐ MODELO DIGITAL - STL ☐ MODELO DE ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)
☐ SEM BASE ☐ COM BASE

SERVIÇOS OPCIONAIS

☐ FOTOS EXTRA (3) ☐ CARPAL ☐ PERIAPICAIS DE INCISIVOS ☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL
☐ FOTOS INTRA (3) ☐ TELE FRONTAL ☐ FOTOS OCLUSAIS (2)
FINALIDADE: _____

ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

☐ ADENÓIDE ☐ BIMLER ☐ JARABAK ☐ MCNAMARA ☐ PETROVICK
☐ RICKETTS ☐ TREVISI ☐ USP ☐ USP/UNICAMP ☐ OUTRAS _____

SMILE DESIGN DVI

☐ MOTIVACIONAL (FOTOS + MODELO DIGITAL + PLANEJAMENTO DO SORRISO)
☐ MODELO IMPRESSO ☐ GUIA DE MOCKUP

SERVIÇOS DIGITAIS

☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL ☐ SETUP ORTODÔNTICO VIRTUAL
☐ PLACA DE CONTENÇÃO ☐ PERIOGUIDE
☐ COM ANÁLISE FACIAL ☐ SEM ANÁLISE FACIAL
☐ PLACA MIORRELAXANTE ☐ BIOMODELO ☐ MANDÍBULA ☐ MAXILA
☐ PLACA DE CLAREAMENTO ☐ SEM BASE
☐ MODELO 3D IMPRESSO ☐ COM BASE
☐ SEM BASE