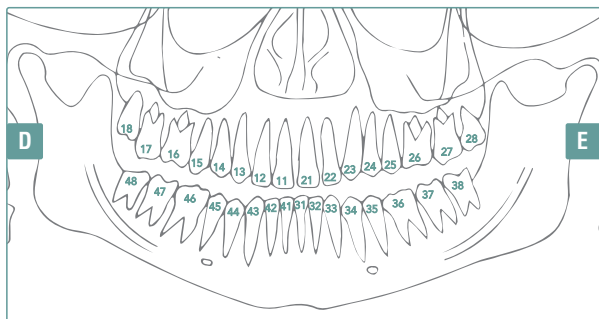


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



- ☐ MAXILA TOTAL
☐ MANDÍBULA TOTAL
☐ SEGMENTADA
REGIÃO: _____
☐ SEIOS DA FACE
☐ PINTAR FORAMES E CANAL MANDIBULAR
☐ SIM ☐ NÃO

3 - ASSINALE A FINALIDADE DO EXAME

- ☐ **IMPLANTES**
(MEDIDAS PARA IMPLANTES OU AVALIAÇÃO DE IMPLANTES EXISTENTES)
- ☐ **DENTE INCLUSO**
(DENTES INCLUSOS; CANINO; SUPRA NUMERÁRIO)
- ☐ **ENDODONTIA**
(CURVATURA RADICULAR; LESÃO DE FURCA; CANAIS ACESSÓRIOS; 4º CANAL)
- ☐ **ENDODONTIA / FRATURA / TRINCA**
(PESQUISA DE TRINCA/FRATURA DENTÁRIA; PERFURAÇÃO; TREPANAÇÃO)
- ☐ **ORTODONTIA**
(AVALIAÇÃO DA ESPESSURA ÓSSEA DE DENTES EM INTERESSE)
- ☐ **ATM – CABEÇA DA MANDÍBULA**
☐ 1 POSIÇÃO ☐ 2 POSIÇÕES
- ☐ **ARCO ZIGOMÁTICO**
(AVALIAÇÃO DE ESPESSURA DO OSSO ZIGOMÁTICO)
- ☐ **PATOLOGIA**
(PESQUISA: LESÃO; ANATOMIA IRREGULAR; FRATURA ÓSSEA)
- ☐ **PERIODONTIA**
(AVALIAR A PERDA ÓSSEA DA ARCADEA SOLICITADA)
- ☐ **3º MOLARES**
(AVALIAÇÃO: PRÉ OU PÓS EXTRAÇÃO; ANATOMIA RADICULAR)
- ☐ **PROTOCOLO MARPE**
(AVALIAÇÃO DO PALATO PARA INSTALAÇÃO DE APARELHO)
- ☐ **AVALIAÇÃO DE ÁREA DOADORA**
☐ MENTO ☐ RETROMOLAR

SOFTWARES PARA VISUALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO VIRTUAL

☐ DENTAL SLICE ☐ IMPLANTVIEWER ☐ ON DEMAND

CIRURGIA GUIADA

- ☐ TOMO DE 1 ARCADEA + ESCANEAMENTO DE GUIA OU INTRAORAL + SOFTWARE PARA PLANEJAMENTO
REGIÃO DO IMPLANTE _____ MARCA DO IMPLANTE _____
☐ PLANEJAMENTO VIRTUAL DE IMPLANTES ☐ CONFECÇÃO DO GUIA CIRÚRGICO

INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL SOLICITANTE



RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

UNIDADE BARRETOS

17 3324 7004 ou 17 98180 0339

barretos@dviradiologia.com.br

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Telefone

Data da Solicitação

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitado por

CRO

Endereço

Cidade

CEP

Telefone

E-mail

☐ ENTREGAR EXAMES NO CONSULTÓRIO

☐ PUBLICAR NA CENTRAL DE EXAMES

INFORMAÇÕES

- Radiografia Panôramica não necessita agendamento;
- Segunda à Sexta das 08h às 18h / Sábado das 08h às 12h (Não fechamos para Almoço);
- Valores informados por telefone ou WhatsApp serão confirmados no ato do exame;
- Para atendimento de convênio é necessário receituário do Dentista solicitante com: Assinatura, carimbo, data e finalidade do exame.

UNIDADE BARRETOS

Rua 14, 307 - Esquina com Av. 25

Centro - Barretos / SP

CEP 14780-040

17 3324 7004

17 98180 0339



TRAÇA A ROTA
PELO GOOGLE MAPS

R.T.: Renata Facholli Manzano Muzetti Ferreira
CRO Responsável: 111.859
CRO Clínica: 12639



EXAMES 2D

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO ☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

RADIOGRAFIAS EXTRABUCALIS

- ☐ 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 INTRABUCALIS

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

D E

PERIAPICAL

- ☐ DENTES ASSINALADOS
☐ BOCA TODA

TÉCNICA DE CLARK

REGIÃO: _____
PARA LOCALIZAR: _____

INTERPROXIMAL

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

OCLSAIS

- ☐ MAXILA
☐ MANDÍBULA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DOCUMENTAÇÕES

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO ☐ DIGITAL ☐ IMPRESSO

2 - ASSINALE A DOCUMENTAÇÃO

- ☐ DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA
PAN + TELE COM TRAÇADOS (2 ANÁLISES) + 6 FOTOS
MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)
- ☐ DOCUMENTAÇÃO ECONÔMICA
PAN + TELE COM TRAÇADOS (2 ANÁLISES) + 6 FOTOS
SEM MODELO E SEM IMPRESSÃO
- ☐ DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
PAN + TELE COM TRAÇADOS (3 ANÁLISES)
+ 8 FOTOS+ PERIAPICAIS DE INCISIVOS
MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)
- ☐ DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA
PAN + TELE COM TRAÇADOS (3 ANÁLISES) + 8 FOTOS +
PERIAPICAIS DE INCISIVOS + CARPAL
MODELO DE ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)
- ☐ DOCUMENTAÇÃO PARA IMPLANTES
PAN + TELE COM TRAÇADOS ANATÔMICO+ 5 FOTOS
MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)
- ☐ DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES
PAN + TELE COM TRAÇADO (3 ANÁLISES) + 10 FOTOS
PERIAPICAIS DE INCISIVOS + MODELO DIGITAL (STL/IDS)
INDIQUE O SISTEMA: _____
- ☐ DOCUMENTAÇÃO FIRST CHECK
PAN + MODELO DIGITAL (STL/IDS)

3 - ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- ☐ ADENÓIDE ☐ ANÁLISE FACIAL ☐ BIMLER ☐ JARABAK ☐ MACNAMARA ☐ PETROVICK
☐ RICKETTS ☐ TREVISI ☐ USP ☐ USP/UNICAMP ☐ OUTRAS _____

4 - ASSINALE O TIPO DE MODELO

- ☐ MODELO IMPRESSO CONVENCIONAL (FILAMENTO) ☐ MODELO DIGITAL (STL/IDS)
☐ MODELO IMPRESSO DE RESOLUÇÃO ALTA (RESINA) ☐ MODELO DE GESSO (ESTUDO)

SERVIÇOS DIGITAIS / IMPRESSÃO 3D

- ☐ ESCANEAMENTO INTRAORAL ☐ PERIOGUIDE ☐ ENDOGUIDE
☐ PLANEJAMENTO VIRTUAL PARA IMPLANTES ☐ COM ANÁLISE FACIAL
☐ SETUP ÔRTODONTICO VIRTUAL ☐ SEM ANÁLISE FACIAL

SMILE DESIGN DVI

- ☐ MOTIVACIONAL (FOTOS + MODELO DIGITAL + DESENHO DIGITAL DO SORRISO)
☐ MODELO IMPRESSO PARA MOCKUP ☐ GUIA PARA MOCKUP

MODELO IMPRESSO

- ☐ 1 ARCADA ☐ 2 ARCADAS ☐ MODELO IMPRESSO PARA CONFEÇÃO DE MOCKUP
☐ SEM BASE ☐ SEM BASE ☐ GUIA PARA MOCKUP
☐ COM BASE ☐ COM BASE

BIOMODELO

- ☐ MAXILA ☐ MANDÍBULA
☐ PADRÃO ☐ ESTENDIDA ☐ SEGMENTADA ☐ JANELA PARA DENTE INCLUSO ☐ ESTUDO DE CANINO INCLUSO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS