O MELHOR DIAGNÓSTICO AGORA ESTÁ A SUA DISPOSIÇÃO EM BEBEDOURO!



Com uma equipe de profissionais altamente qualificados, **a DVI chega a Bebedouro** com o que há de mais moderno na radiologia odontológica, tanto para dentistas quanto para pacientes.

Av. Raul Furquim, 164
Centro - Bebedouro SP

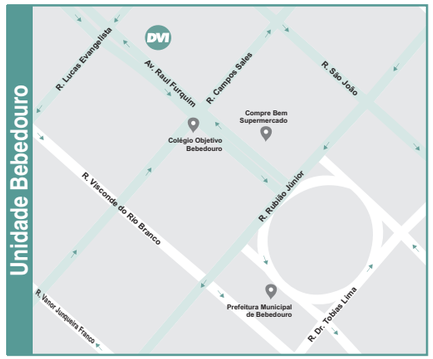
(17) 3342-9181

DVI RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

DVIRADIOLOGIA.COM.BR

Compromisso com qualidade, inovação e atendimento humanizado.

COMENTÁRIO / INFORMAÇÕES



UNIDADE BEBEDOURO

Av. Raul Furquim, 164
Centro - Bebedouro SP

TRAÇE A ROTA PELO GOOGLE MAPS

CENTRAL DE AGENDAMENTOS: 17 3342 9181

DVI RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA DIGITAL

UNIDADE BEBEDOURO

17 3342 9181

Av. Raul Furquim, 164 - Centro

DVIRADIOLOGIA.COM.BR
bebedouro@dviradiologia.com.br

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

DADOS DO SOLICITANTE (NÃO ESQUECER EMAIL, É MUITO IMPORTANTE)

Solicitado por

CRO

Telefone

E-mail

- ( ) SOLICITAR VISITA DO REPRESENTANTE
- ( ) ENVIAR MAIS REQUISIÇÕES DE EXAMES
- ( ) ATUALIZAR CADASTRO

INFORMAÇÕES

- Atendimento com hora marcada;
- Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;
- **Segunda à Sexta das 08h às 18h e Sábado das 08h às 12h;**
- Em caso de documentação, sugerimos jejum de 2 horas;
- Os exames impressos ficarão disponíveis para retirada na unidade por 90 dias.

EXAMES 2D

ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

◯ DIGITAL ◯ IMPRESSO

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

◯ PANORÂMICA CONVENCIONAL
FINALIDADE: _____

◯ PANORÂMICA PARA IMPLANTE COM TRAÇADO ANATÔMICO
REGIÃO: _____

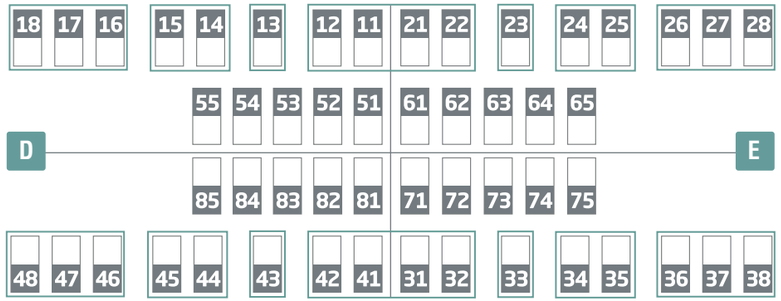
◯ TRANSFACIAL DE ATM - 2 POSIÇÕES

TELERRADIOGRAFIA LATERAL
◯ SEM TRAÇADO
◯ COM TRAÇADO

TELERRADIOGRAFIA FRONTAL
◯ AP ◯ PA
◯ SEIOS DA FACE (WATERS)

ÍNDICE CARPAL
◯ CURVA DE CRESCIMENTO
◯ IDADE ÓSSEA

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS



PERIAPICAL
◯ DENTES ASSINALADOS
◯ TÉCNICA DE CLARK
◯ BOCA TODA

INTERPROXIMAL
◯ MOLARES D E
◯ PRÉ-MOLARES D E

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO

DOCUMENTAÇÕES

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

◯ DIGITAL ◯ IMPRESSO

2 - ASSINALE A DOCUMENTAÇÃO

DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA
◯ PAN + TELE COM TRAÇADOS + 6 FOTOS + MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
◯ PAN + TELE COM TRAÇADOS + 8 FOTOS + PERIAPICAIS DE INCISIVOS + MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)

DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES
◯ PAN + TELE + MODELO DIGITAL + 8 FOTOS
INDIQUE O SISTEMA:_____

DOCUMENTAÇÃO FIRST CHECK
◯ PAN + MODELO DIGITAL

3 - ASSINALE O TIPO DE MODELO

◯ SEM MODELO
◯ MODELO DIGITAL - STL
◯ MODELO DE RESOLUÇÃO CONVENCIONAL (FILAMENTO)
◯ MODELO DE RESOLUÇÃO ALTA (RESINA)

ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

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

SERVIÇOS OPCIONAIS

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

SMILE DESIGN DVI

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

SERVIÇOS DIGITAL

◯ ESCANEAMENTO INTRAORAL
◯ PLACA DE CONTENÇÃO
◯ PLACA MIORRELAXANTE
◯ PLACA DE CLAREMANETO
◯ MODELO 3D IMPRESSO
◯ ALTA RESOLUÇÃO
◯ RESOLUÇÃO CONVENCINAL
◯ ENCERAMENTO DIGITAL
◯ SETUP ORTODÔNTICO VIRTUAL
◯ PERIOGUIDE
◯ BIOMODELO 3D IMPRESSO ☐ MANDÍBULA ☐ MAXILA
◯ ALTA RESOLUÇÃO
◯ RESOLUÇÃO CONVENCINAL

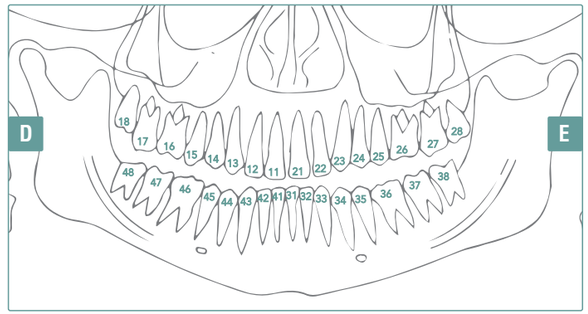
*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

◯ SOMENTE DICOM ◯ DIGITAL ◯ IMPRESSO

2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



◯ MAXILA TOTAL
◯ MANDÍBULA TOTAL
◯ ATM
◯ SEIOS DA FACE
◯ SEGMENTADA
REGIÃO:_____

3 - ASSINALE A FINALIDADE DO EXAME

◯ IMPLANTES ◯ DENTES INCLUSOS/3º MOLARES ◯ PATOLOGIA
◯ ENDO/FRATURA/TRINCA ◯ INVISALIGN
◯ PERIODONTAL
◯ DTM : ☐ 1 POSIÇÃO ☐ 2 POSIÇÕES

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO