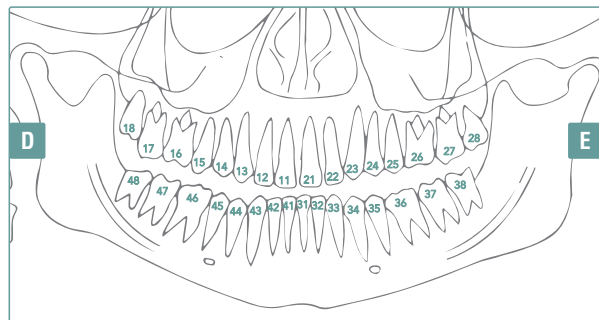


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

- DIGITAL DICOM/TOMOLIGHT IMPRESSO

2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



- MAXILA TOTAL
 MANDÍBULA TOTAL
 SEGMENTADA
REGIÃO: _____
 SEIOS DA FACE
 ZIGOMÁTICO
 ATM – CABEÇA DA MANDIBULA
 1 POSIÇÃO 2 POSIÇÕES

3 - ASSINALE A FINALIDADE DO EXAME

- IMPLANTES**
(MEDIDAS PARA IMPLANTES OU AVALIAÇÃO DE IMPLANTES EXISTENTES)
- ARCO ZIGOMÁTICO**
(AVALIAÇÃO DE ESPESSURA DO OSSO ZIGOMÁTICO)
- DENTE INCLUSO**
(DENTES INCLUSOS; CANINO; SUPRA NUMERÁRIO)
- PATOLOGIA**
(PESQUISA: LESÃO; ANATOMIA IRREGULAR; FRATURA ÓSSEA)
- ENDODONTIA (ALTA RESOLUÇÃO)**
(CURVATURA RADICULAR; LESÃO DE FURCA; CANAIS ACESSÓRIOS; 4º CANAL)
- PERIODONTIA**
(AVALIAR A PERDA ÓSSEA DA ARCADA SOLICITADA)
- ENDODONTIA / FRATURA / TRINCA (ALTA RES.)**
(PESQUISA DE TRINCA/FRATURA DENTÁRIA; PERFURAÇÃO; TREPANAÇÃO)
- 3º MOLARES**
(AVALIAÇÃO: PRÉ OU PÓS EXTRAÇÃO; ANATOMIA RADICULAR)
- ORTODONTIA**
(AVALIAÇÃO DA ESPESSURA ÓSSEA DE DENTES EM INTERESSE)
- PROTOCOLO MARPE**
(AVALIAÇÃO DO PALATO PARA INSTALAÇÃO DE APARELHO)
- AUMENTO DE COROA CLÍNICA (GENGIVECTOMIA)**
(AUMENTO DE COROA CLÍNICA; GENGIVECTOMIA; PLASTIA GENGIVAL.)
- INVISALIGN**
(TOMOGRAFIA DA MAXILA E MANDÍBULA EM OCLUSÃO DESTINADO AO CLINCHECK)

SOFTWARES PARA VISUALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO VIRTUAL

- CS 3D IMAGING 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



RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA DIGITAL

DVI RADIOLOGIA RIO VERDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitado por

Endereço

Dados do profissional (Carimbo)

UNIDADE I

Alameda Barrinha, 101 - Jardim Bela Vista
Rio Verde - GO - 75906485



TRACE A ROTA PELO
GOOGLE MAPS

R.T.: Fabiano da Cunha Correa
CRO Responsável: CROGO 6816
CRO Clínica: 365

Telefone unidade I:

☎ (64) 98461 0457 / (64) 3621 7595

UNIDADE II

Av. João Belo, 85 - Jardim Goias
Rio Verde - GO, 75903-270



TRACE A ROTA PELO
GOOGLE MAPS

R.T.: Paulo Frederico Martins Maciel
CRO Responsável: CROGO 10762
CRO Clínica: 1868

Telefone unidade II:

(64) 3612 0060

ESTAS UNIDADES ATENDE OS SEGUINTE CONVÊNIO / PARCERIAS

- Hapvida Odonto
- IPARV
- SulAmérica Odonto
- Odonto Prev
- PAX Rio Verde
- Uniodonto

OBS: PARA ATENDIMENTO DE CONVENIADO É NECESSÁRIO RECEITUÁRIO ASSINADO PELO DENTISTA SOLICITANTE COM CARIMBO, DATA E FINALIDADE DO EXAME.

INFORMAÇÕES

- Atendimento por ordem de chegada (exceto Documentação e Escaneamento);
- Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;
- Unidade I** - Segunda à Sexta das 07:30 às 18:00 e Sábado das 08:00 às 11:00
- Unidade II** - Segunda à Sexta das 08:00 às 11:00 e 13:00 às 18:00
- Em caso de documentação, sugerimos jejum de 2 horas;

EXAMES 2D

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

- DIGITAL IMPRESSO

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- PANORÂMICA CONVENCIONAL

FINALIDADE: _____

- PANORÂMICA PARA IMPLANTE

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

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 ECONÔMICA

- PAN + TELE COM TRAÇADOS
(SEM MODELO)
 6 FOTOS 8 FOTOS

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- PAN + TELE COM TRAÇADOS
+ MODELO (SELECIONE O TIPO DO MODELO)
 6 FOTOS 8 FOTOS

DOCUMENTAÇÃO PARA ALINHADORES

- PAN + TELE + MODELO DIGITAL + 8 FOTOS
INDIQUE O SISTEMA: _____

3 - ASSINALE O TIPO DE MODELO

- SEM MODELO MODELO DIGITAL - STL MODELO DE RESOLUÇÃO ALTA (RESINA)

ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- USP USP/UNICAMP MACNAMARA PETROVICK ADENÓIDE
 BIMLER JARABAK RICKETTS OUTRAS _____

SERVIÇOS OPCIONAIS

- PERIAPICAIS DE INCISIVOS FOTOS EXTRA (3) FOTO 45° ANÁLISE FACIAL
 FOTOS OCLUSAIS (2) FOTOS INTRA (3) CARPAL TELE FRONTAL
 ESCANEAMENTO INTRAORAL FOTOS CLOUSE UP INCISIVOS
FINALIDADE: _____

SMILE DESIGN DVI

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

SERVIÇOS DIGITAIS

- PLACA DE CONTENÇÃO SETUP ORTODÔNTICO VIRTUAL
 PLACA MIORRELAXANTE PERIOGUIDE
 COM ANÁLISE FACIAL SEM ANÁLISE FACIAL
 MODELO 3D IMPRESSO BIOMODELO MANDÍBULA MAXILA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO