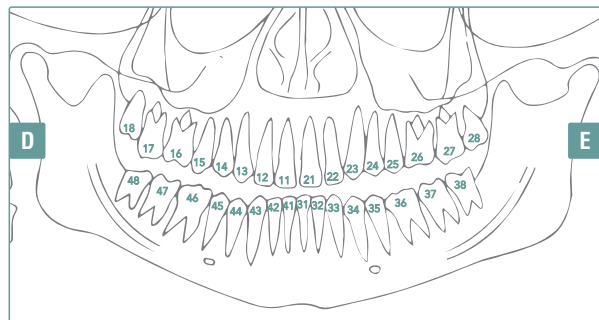


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1 - ASSINALE O FORMATO DE RECEBIMENTO

- DIGITAL IMPRESSO

2 - ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE



- FACE TOTAL
 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)
- 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)
- AUMENTO DE COROA CLÍNICA (GENGIVECTOMIA)**
(AUMENTO DE COROA CLÍNICA; GENGIVECTOMIA; PLASTIA GENGIVAL.)
- ARCO ZIGOMÁTICO**
(AVALIAÇÃO DE ESPESSURA DO OSSO ZIGOMÁTICO)
- PATOLOGIA**
(PESQUISA: LESÃO; ANATOMIA IRREGULAR; FRATURA ÓSSEA)
- PERIODONTIA**
(AVALIAR A PERDA ÓSSEA DA ARCADA SOLICITADA)
- 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)

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



RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA
ODONTOLÓGICA DIGITAL

UNIDADE MATÃO

📞 16 99789-7176 ou 16 3506-3565 📞

R. Salua Garaib Cicogna, 171 - Parque Primavera

DVIRADIOLOGIA.COM.BR
matao@divradiologia.com.br



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitado por

CRO

E-mail

Endereço

Telefone



UNIDADE MATÃO

R. Salua Garaib Cicogna, 171 - Parque Primavera, Matão - SP, 15990-122

TRAÇA A ROTA
PELO GOOGLE MAPS

Razão Social: LTB Radiologia Matão LTDA
CRO Clínica: 030968
Responsável Técnico: Lívia Monzillo Massari
CRO Responsável: CROSP 1220211



INFORMAÇÕES

- Atendimento preferencialmente com horário marcado
- Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame;
- Segunda à Sexta das 08h às 18h & Sábado das 08h às 12h;
- 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 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

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 PARA ALINHADORES

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

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

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

DOCUMENTAÇÃO FIRST CHECK

- PAN + MODELO DIGITAL

3 - ASSINALE O TIPO DE MODELO

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

ASSINALAR ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

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

SERVIÇOS OPCIONAIS

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

SMILE DESIGN DVI

- MOTIVACIONAL (FOTOS + MODELO DIGITAL + DESENHO DIGITAL DO SORRISO)
 MODELO IMPRESSO PARA MOCKUP GUIA PARA 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 CLAREMANETO ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)
 MODELO 3D IMPRESSO RESOLUÇÃO CONVENCIONAL (FILAMENTO)
 ALTA RESOLUÇÃO (RESINA)

*É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA ASSINALAR O FORMATO DE RECEBIMENTO