

Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

(Médio e Grande Volume)

1º Passo (obrigatório): Escolha a finalidade do seu exame

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Implantes | <input type="radio"/> Trauma |
| <input type="radio"/> Terceiros Molares | <input type="radio"/> Seios da Face |
| <input type="radio"/> Dentes Inclusos/Supranumerários | <input type="radio"/> Aumento de Coroa Clínica |
| <input type="radio"/> ATM | <input type="radio"/> Perda Óssea/Lesão de Furca |

2º Passo (obrigatório): Escolha a região do seu exame

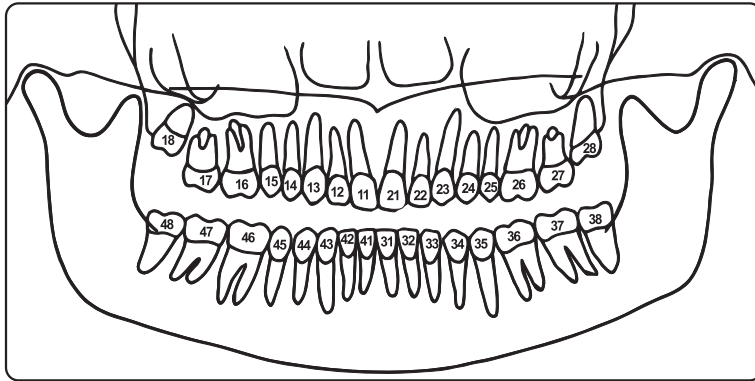
- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Maxila Completa | <input type="radio"/> Mandíbula Completa | <input type="radio"/> Região do dente _____ |
|---------------------------------------|--|---|

3º Passo (obrigatório): Escolha a forma de envio

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Filmes + iDoc | <input type="radio"/> Apenas iDoc |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

4º Passo (opcional):

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Dicom | <input type="radio"/> Dental Slice | <input type="radio"/> OnDemand |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|



Tomografia Computadorizada de Alta Resolução

(Pequeno Volume - Alta Resolução)

1º Passo (obrigatório): Escolha a finalidade do seu exame

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Fratura Dentária | <input type="radio"/> Pesquisa de Canais | <input type="radio"/> Perfuração Radicular |
|--|--|--|

2º Passo (obrigatório): Escolha a região do seu exame (**ATÉ 3 DENTES CONSECUTIVOS**)

- ☐ Dente (s) _____

3º Passo (obrigatório): Escolha a forma de envio

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Filmes + iDoc | <input type="radio"/> Apenas iDoc |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

4º Passo (opcional):

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Dicom | <input type="radio"/> Dental Slice | <input type="radio"/> OnDemand |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

Observações do Profissional



ARADOC

Radiografias e Documentações Odontológicas

Unidade Araraquara - SP

Tels: (16) 3331-5544 / 3357-0407 / Cel 📞 (16) 98132-8693

Rua Henrique Lupo, 134 - V. José Bonifácio

Responsável Técnico: Dr. Victor Gonçalves - CRO-SP 111.757 | CRO Clínica: 8.601

e-mail: araraquara@aradoc.com.br | site: www.aradoc.com.br

Nome do(a) paciente: _____

D. nasc.: ____ / ____ / ____ Telefone: _____

Dr(a): _____

Data: ____ / ____ / ____ Telefone: _____

Enviar por e-mail: _____

☐ Enviar mais solicitações de exames

Horário de Atendimento:

Segunda a Sexta, das 8h às 18h / Sábado das 8h às 12h

Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame.

CONVÊNIOS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ABO• AESP Odonto• Amil Dental• APCD• BB Dental• Bradesco Dental• Brazil Dental• Dental Show• Dental Uni• DentalPar• E-Vida• FAEPO• Hapvida• Inpao Dental• Interodonto• Life Empresarial• Met Life | <ul style="list-style-type: none">• Odonto Life• Odonto Prev• Odonto Serv• Porto Seguro• Privian Odonto• Prontodente• Rede UNNA• São Francisco Odonto• São Francisco Saúde• Sempre Odonto• Sepao• Sul América• UNESP• Unimed Odonto• Unimed Saúde• Uniodonto |
|---|---|

Confira nossa lista de PARCEIROS no site:

www.aradoc.com.br



Recebido por: _____

Data: ____ / ____ / ____

Documentações Odontológicas

- ☐ **Documentação Ortodôntica Simplificada**
Radiografia panorâmica com laudo
Telerradiografia lateral + Análise cefalométrica (_____)
03 fotos extrabucais + 03 fotos intrabucais
Modelo ortodôntico
- ☐ **Documentação Ortodôntica Completa**
Documentação Simplificada + 02 fotos intrabucais + 02 periapicais
- ☐ **Documentação para Implante**
Radiografia panorâmica com laudo + Traçado digital
05 fotos intrabucais
Modelos Ortodônticos sem Acabamento
- ☐ **Documentação Periodontal**
Radiografia panorâmica com laudo
Radiografias periapicais boca toda (14)
05 fotos intrabucais
- ☐ **Documentação Digital (Somente pelo Idoc)**
Radiografia panorâmica com laudo
Telerradiografia lateral + Análise cefalométrica (_____)
03 fotos extrabucais + 03 fotos intrabucais
Escaneamento Intraoral

Escaneamento Intraoral Digital



Modelos Ortodônticos em Gesso

- ☐ Com Acabamento (Estudo)
 ☐ Sem Acabamento (Trabalho)

Fotografias

Fotografias Extrabucais

- ☐ Frontal
- ☐ Frontal sorrindo
- ☐ Perfil

Fotografias Intrabucais

- ☐ Frontal
- ☐ Lateral D + E
- ☐ Oclusal Sup + Inf

Radiografias Extrabucais

- ☐ Radiografia panorâmica digital
- ☐ Com laudo
- ☐ Sem laudo
- ☐ Com traçado digital para implante
Especificar região _____
- ☐ Telerradiografia lateral
 - ☐ Com Análise _____
- ☐ Telerradiografia frontal
 - ☐ Com Análise _____
- ☐ Mão e Punho (Carpal)
 - ☐ Análise computadorizada
- ☐ P. A. para seios da face
- ☐ ATM
 - ☐ Transfacial 2 posições D e E (boca fechada - aberta)
- ☐ A. P. de TOWNE

Radiografias Intrabucais

Radiografia periapical digital

- ☐ Boca toda
- ☐ Dentes assinalados
- ☐ Com laudo
- ☐ Sem laudo

	Decíduos										
D	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	E
	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	

Permanentes

D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Radiografia interproximal

- ☐ Pré-molares ☐ direito ☐ esquerdo
- ☐ Molares ☐ direito ☐ esquerdo

Técnicas de Localização

- ☐ Clark região _____
- ☐ Outra _____

Radiografia oclusal

- ☐ Maxila ☐ Total ☐ Parcial/Região _____
- ☐ Mandíbula ☐ Total ☐ Parcial/Região _____

Observações do Profissional
