

## Tomografia Computadorizada

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

- Implantes
- Terceiros Molares
- Dentes Inclusos/Supranumerários
- ATM
- Protocolo Marpe
- Trauma
- Seios da Face
- Aumento de Coroa Clínica
- Perda Óssea/Lesão de Furca
- Protocolo Invisalign

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

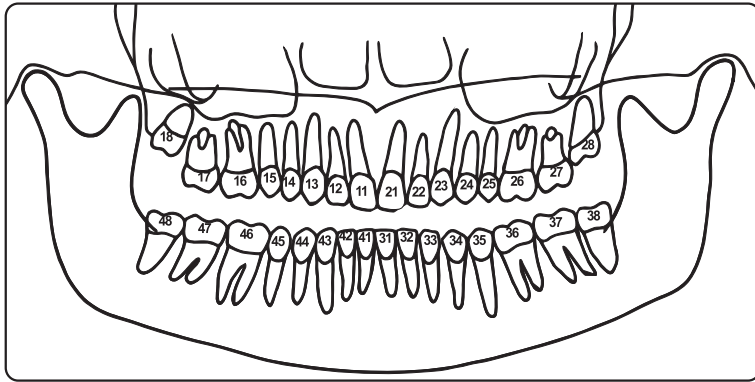
- Maxila Completa
- Mandíbula Completa
- Região do dente \_\_\_\_\_

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

- Filmes + iDoc
- Apenas iDoc

**4º Passo (opcional):** Arquivos para visualização

- Dicom
- Dental Slice



### Cirurgia Guiada

- Planejamento virtual do implante
- Confecção guia cirúrgico

## Tomografia Computadorizada

(Pequeno Volume - Alta Resolução)

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

- Fratura Dentária
- Pesquisa de Canais
- 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

- Filmes + iDoc
- Apenas iDoc

**4º Passo (opcional):** Arquivos para visualização

- Dicom
- Dental Slice

### Observações do Profissional

---

---

---



Radiografias e Documentações Odontológicas

**Unidade Araraquara - SP**

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

Rua Henrique Lupo, 134 - Bairro Vila 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

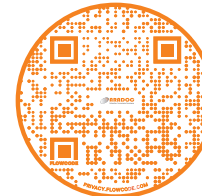
**Horário de Atendimento:**

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

Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame.

Nos consulte para obter informações sobre agendamentos.

Acesse o QR CODE para informações sobre nossos CONVÊNIOS e PARCEIROS



Para autorização de exames pelos convênios, é necessário apresentar receituário próprio do dentista contendo carimbo, assinatura e finalidade do exame.

**Para uso interno da Aradoc**



Recebido por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Documentação Ortodôntica

Escolha a forma de envio:  Filmes + iDoc  Apenas iDoc

### Documentação Ortodôntica

Radiografia panorâmica com laudo

Telerradiografia lateral + Análise cefalométrica (\_\_\_\_\_)

03 fotos extrabucais + 03 fotos intrabucais

Escolha do Modelo:  Sem modelo

Gesso

Escaneamento digital sem base

Escaneamento digital com base

Modelo impresso em resina

Opcionais:  Fotos oclusais

Radiografias periapicais dos incisivos

## Documentações Odontológicas

### 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) + 04 interproximais

05 fotos intrabucais

## Escaneamento Intraoral Digital

Com base



Sem base



## Modelos Ortodônticos

Gesso com acabamento (Estudo)  Gesso sem acabamento (Trabalho)

Impresso em resina (Necessário Escaneamento)

## Fotografias

### Fotografias Extrabucais

Frontal

Frontal sorrindo

Perfil

### Fotografias Intrabucais

Frontal

Lateral D + E

Oclusal Sup + Inf

## Radiografias Extrabucais

Escolha a forma de envio:  Filmes + iDoc  Apenas iDoc

### Radiografia panorâmica digital

Com laudo

Sem laudo

ATM - 2 posições D e E  
(boca fechada - aberta)

Com traçado digital para implante  
Especificar região \_\_\_\_\_

Telerradiografia lateral  
 Com Análise \_\_\_\_\_

P. A. para seios da face

Telerradiografia frontal

Mão e Punho com análise

Com Análise \_\_\_\_\_

## Radiografias Intrabucais

Escolha a forma de envio:  Filmes + iDoc  Apenas iDoc

### Radiografia periapical digital

Decíduos

	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	
<b>D</b>	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	<b>E</b>

Boca toda

Dentes assinalados

Permanentes

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>D</b>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<b>E</b>

Com laudo

Sem laudo

### Radiografia interproximal

Pré-molares  direito  esquerdo

Molares  direito  esquerdo

### Técnicas de Localização

Clark região \_\_\_\_\_

Outra \_\_\_\_\_

## Observações do Profissional

---

---

---

---

---

---

---

---