

Tomografia Computadorizada

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

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

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

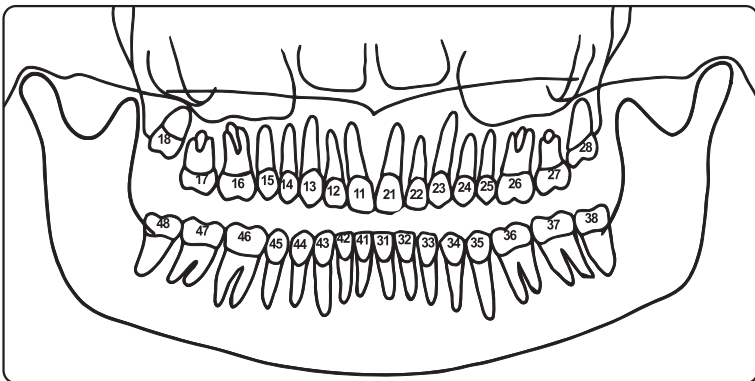
- Maxila Completa
- Mandíbula Completa
- Região do dente _____

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
- Confeção guia cirúrgico
- Marca e modelo do implante

Tomografia Computadorizada

(Pequeno Volume - Alta Resolução) - MORITA X800

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



ARADOC

Radiografias e Documentações Odontológicas

Solicitação de Exames

- Entregar exames no consultório
- Enviar mais solicitações de exames

Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame.

Nome do(a) paciente: _____

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

Dr(a): _____

Data: ____ / ____ / ____ Telefone: _____

Enviar por e-mail: _____

Unidade Americana - SP

Rua Gonçalves Dias, 509 - Jardim Girassol

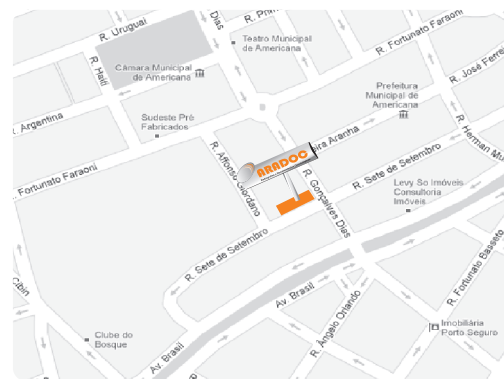
T: (19) 3621-5594 / 3621-5593 - ☎ (19) 98268-7155

e-mail: americana@aradoc.com.br

Horário de Atendimento:

2ª a 6ª, das 7h30 às 18h - Sábado, das 8h às 12h

Responsável Téc.: Dra. Patricia E. B. Godoi
CRO-SP 91354 | CROSP/CL 15310



Unidade Santa Bárbara D'Oeste - SP

R. do Ósmio, 1205 - Multimall - V. Mollon

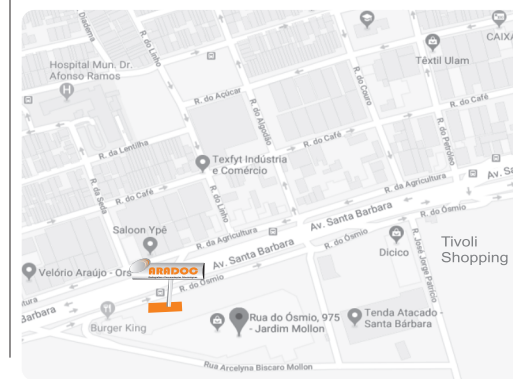
Tel: (19) 3800-5040 - ☎ (19) 98268-7155

e-mail: santabarbara@aradoc.com.br

Horário de Atendimento:

2ª a 6ª, das 10h às 19h

Responsável Téc.: Dra. Camilla Campos
CRO-SP 91325 | CROSP-CL 19806



www.aradoc.com.br

Unidade Araraquara - SP

Rua Henrique Lupo, 134 - Vila José Bonifácio - CEP 14.802-440

Telefone: (16) 3331-5544 / 3357-0407 / Celular: (16) 98132-8693 (WhatsApp)

e-mail: araraquara@aradoc.com.br

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 _____

P. A. para seios da face

Mão e Punho com análise

Telerradiografia lateral
 Com Análise _____

Telerradiografia frontal

Com Análise _____

Radiografias Intrabucais

Escolha a forma de envio: Filmes + iDoc Apenas iDoc

Radiografia periapical digital

Decíduos

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

Boca toda

Dentes assinalados

Com laudo

Sem laudo

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 Mandíbula Região _____

Observações do Profissional
