



Diagnóstico
por imagem

Central de Atendimento

Ligação:
(11) 3834-14551
Mensagem:
(11) 99263-6131

DADOS DO PACIENTE

Nome completo (conforme documento): _____ Data de nascimento: ____/____/____
 CPF: _____
 Email para envio digital via **iDoc**: _____
 WhatsApp / Telefone: (_____) _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

PEDIDO DE EXAME

PASSO 1 - ESCOLHA O EXAME

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	Maxila Total	<input type="checkbox"/>	Mandíbula Total
																<input type="checkbox"/>	Seio Maxilar	<input type="checkbox"/>	ATM
																<input type="checkbox"/>	Região de Ambas Arcadas Dentais	<input type="checkbox"/>	Região Maxilofacial

Comentários sobre o exame:

*Para estudo parcial, circule a região de interesse.

OBSERVAÇÃO - Equipamentos de tomografia disponíveis:

Tomógrafo J-Morita X800: Este equipamento está disponível somente na Unidade Alto da Lapa;
 Tomógrafo Vatech Green 16: Este equipamento está disponível somente na Unidade Vila Maria;
 Tomógrafo J-Morita R100: Este equipamento está disponível somente na Unidade Pirubua.

*Finalidade do exame no verso da folha, parte verde.

RADIOGRAFIA EXTRABUCALIS

01 - RADIOGRAFIAS

- Panorâmica sem laudo Telerradiografia lateral Pósterio anterior (PA) Seio Maxilar
 Panorâmica com laudo Telerradiografia frontal Ântero posterior (AP) RX Carpal (Idade óssea + Curva de crescimento)
 Panorâmica com traçado para implante Outro: _____

02 - DOCUMENTAÇÃO

- Documentação Ecológica** **Documentação Completa**
 Panorâmica com laudo. Telerradiografia computadorizada lateral com 01 traçado cefalométrico. 03 fotos extrabucalis e 08 fotos intrabucalis. Envio da documentação digital por email via **iDoc** e Modelo em gesso + Pasta com documentos impressos.
 Documentação **Documentação**
 Panorâmica com laudo. Telerradiografia computadorizada lateral com 01 traçado cefalométrico. 03 fotos extrabucalis e 06 fotos intrabucalis. Escaneamento intraoral. Envio da documentação digital por email via **iDoc**

EXTRAS - RADIOGRAFIA EXTRABUCALIS

02.1 - TRAÇADO CEFALOMÉTRICO

- Carpal Lavergne / Petrovic Trevisi
 Bimler MCNamara Schwarz
 Jaraback Ricketts USP / UNICAMP
 Outro: _____

02.2 - FOTOGRAFIAS

- Intrabucalis** **Extrabucalis**
 Laterais D / E Frente
 Oclusais Perfil Sorriso
 Overjet Overbite

02.3 - MODELO

- Cesso** **3D**
 Estudo Trabalho Boca inteira
*Somente com exame de escaneamento intraoral.

RADIOGRAFIA INTRABUCALIS

03 - PERIAPICAIS

D	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

E

- Região:**
 Dentes assinalados
 Levantamento completo
 Superior
 Inferior

04 - INTERPROXIMAL

- Molares Pré-molares
 Direito Direito
 Esquerdo Esquerdo

05 - TÉC. DE LOCALIZAÇÃO

- Dente retido
 Corpo estranho
 Região: _____

06 - OCLUSAL

- Total maxila
 Total mandibula
 Região: _____

PASSO 2 - FINALIDADE E FORMAS DE ENTREGA DO EXAME

FINALIDADE

- Implante
 Fratura radicular
 Reabsorção periodontal
 Área patológica
 Seio maxilar
 Reabsorção radicular
 Lesão apical
 Dente incluído
 ATM boca fechada
 ATM boca aberta
 Outro: _____

FORMAS DE ENTREGA

Formas de entrega

- Entrega digital via **IDoc**
 Entrega por motoboy
 Documentação impressa
(Retirar na clínica)

Tomografia Express

*Será cobrado um valor extra para esse tipo de entrega do exame de Tomografia.

Arquivos - Tomografia

- DICOM
 STL
 i-Dixel
 Implant Viewer
 Dental Slice

Softwares - Tomografia

- CD com imagens do exame (JPG)
 CD com software de manipulação acompanhando o exame
 CD com software / manipulação (sem medida / impressão) de manipulação acompanhando o exame

- Pedido de requisições** de exame impressos com seu cadastro e CRO para seu consultório (conforme cadastro).

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os valores dos exames são informados por telefone de acordo com a tabela de preços, mas somente serão confirmados mediante apresentação da requisição no ato do atendimento, pois podem haver alterações nos valores dos exames de acordo com alguns fatores.
- Convênio odontológico: para agilizar seu atendimento solicite a pré autorização junto ao seu convênio e leve o receituário do dentista assinado e carimbado com os dados do PACIENTE, junto a um documento com foto também do PACIENTE.
- Alguns exames podem ser agendados. Alguns exames não são realizados em todas as unidades. Por favor informe-se na Central de atendimento.

*Os telefones das unidades abaixo são apenas para agendamentos de determinados exames e retirada de exames físicos. Para outras informações, contate a Central de Atendimento.



Horário de Atendimento

Segunda a Sexta: 9h as 18h
Sábado: 9h as 13h

Alto da Lapa

(11) 99425-7026

Rua Pio XI, 929 - Alto da Lapa, São Paulo - SP.
05060-000

Lapa

(11) 94335-2030

Rua Doze de Outubro, 385
Sala 13 - Lapa, São Paulo - SP.
05073-900

Pirituba

(11) 99108-5349

Avenida Mutinga, 651 - Pirituba, São Paulo - SP.
05110-000

Vila Maria

(11) 98990-7063

Rua Ararituaba, 1012 - Vila Maria, São Paulo - SP.
02122-011



@sroiagem



sroiagem.com.br/pagina-inicial

Dr. Luiz Augusto Werner Neto - CROSP 38511
Dra. Alexandra Spada Queilhas Werner - CROSP 50948