

#### RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE:

##### PARA RADIOGRAFIA:

- 1- Retirar brincos, gargantilhas e outros adornos da Face
- 2- Evitar o uso de vestuário com botões ou objetos metálicos na altura do pescoço

##### PARA MODELAGEM:

- 1- Escovar bem os dentes e passar o fio dental
- 2- Evitar ingestão de líquidos e alimentos pelo menos 1 hora antes

##### PARA FOTOGRAFIAS:

- 1- Prender os cabelos com elástico
- 2- Evitar uso de maquiagem

#### LOCALIZAÇÃO



[www.rtoms.com.br](http://www.rtoms.com.br)

Fone: (67) 3383-0455 / (67) 3384-8304

Av. Afonso Pena, 4363 • Centro • CEP 79020-001 • Campo Grande/MS



## REQUISIÇÃO DE EXAMES

- ENVIAR FICHAS PARA REQUISIÇÃO DE EXAMES

### HORÁRIO DE ATENDIMENTO

2ª a 6ª feira 8:00 às 11:30 13:30 às 18:00  
Sábado 8h às 12h

### DIGITAL

#### DADOS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
END.: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### DADOS DO PROFISSIONAL

NOME: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
END.: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_  
FINALIDADE DO EXAME: \_\_\_\_\_

DIA DO EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. HORÁRIO: \_\_\_\_:\_\_\_\_.

\* Se possível, agende horário para melhor atendimento em todos os exames.

(67) 9 9867-8593  (Somente WhatsApp).

Fone: (67) 3383-0455 / (67) 3384-8304

[www.rtoms.com.br](http://www.rtoms.com.br)

Av. Afonso Pena, 4363 • Centro • CEP 79020-001 • Campo Grande/MS  
ORÇAMENTOS POR TELEFONE SUJEITO A CONFIRMAÇÃO NA APRESENTAÇÃO DO PEDIDO

## SOLICITAÇÃO DE EXAME

Todos os exames podem ser acessados on-line pelo site

**www.rtoms.com.br**

através do login e senha cadastrados.

### INTRA-BUCAIS

- ACESSO ONLINE  IMPRESSO

- Periapical(is) do(s) dente(s) assinalado(s)\*  
 Levantamento Periapical (boca completa)  
 Técnica de Localização da região assinalada\*  
 Técnica de Clark (3 Periapicais)

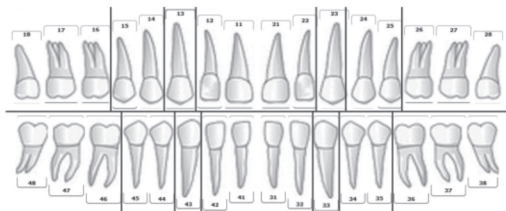
#### INTERPROXIMAIS

- Molares Direitos  Pré-Molares Direitos  
 Molares Esquerdos  Pré-Molares Esquerdos

#### OCCLUSAL

- Maxila  Mandíbula

\*Assinale o(s) dente(s) ou a região(ões) de interesse



### EXTRA-BUCAIS

- ACESSO ONLINE  IMPRESSO

- PANORÂMICA 1:1 C/ LAUDO  ATM  
 PANORÂMICA 1:1 S/ LAUDO  TELERRADIOGRAFIA LATERAL  
 PANORÂMICA 1:1 COM TRAÇADO P/ IMPLANTE  TELERRADIOGRAFIA FRONTAL  
 CARPAL (IDADE ÓSSEA)  SEIOS DA FACE

### DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- Radiografia panorâmica, telerradiografia e traçados, 8 fotos e escaneamento intra-oral.  ACESSO ONLINE  
 Radiografia panorâmica, telerradiografia e traçados, 8 fotos e escaneamento intra-oral.  IMPRESSO  
 Monte sua documentação \_\_\_\_\_

#### Detalhes do escaneamento intra-oral.

- Escaneamento específico para INVISALIGN (com ITERO).  
 Arquivo.stl (padrão para outros alinhadores e serviços).  
 Modelo impresso em 3D.

#### TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS (FAVOR INDICAR)

- Adenóides  Profis  Unicamp  Trevisi  
 Bimler  Ricketts  USP  Valieri  
 Jarabak  Ricketts Frontal  USP-Unicamp  
 Mc'Namara  Tweed  Steiner

#### FOTOS

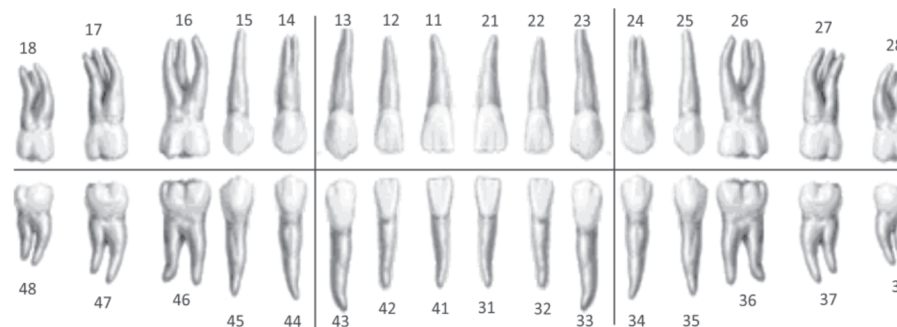
- EXTRA-BUCAIS  INTRA-BUCAIS

## SOLICITAÇÃO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



### ASSINALE A REGIÃO DE INTERESSE

- Maxila total  Mandíbula total  Maxila estendida  Face estendida A.T.M  Aberta  
 Região(ões) assinalada(s) abaixo:  Fechada



### FAVOR INDICAR A FINALIDADE DO EXAME

- PLANEJAMENTO PARA IMPLANTES  AVALIAÇÃO DE ATM  
 PESQUISA DE FRATURA ÓSSEA  AVALIAÇÃO PERIODONTAL  
 LOCALIZAÇÃO DE DENTE INCLUSO/CORPO ESTRANHO  AVALIAÇÃO PATOLÓGICA  
 PESQUISA DE FRATURA RADICULAR  AVALIAÇÃO ORTODÔNTICA  
 OUTRA: \_\_\_\_\_

### FORMA DE ENVIO DAS IMAGENS

- ACESSO ONLINE  IMPRESSO  DICOM (Informar o e-mail)  
E-mail: \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA DE ENTREGA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_