



# TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RADIOLOGIA DIGITAL



**R. T. Prof. DR. ROGÉRIO RIBEIRO DE PAIVA**

RADIOLOGISTA - CRO-GO 4042  
ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA - FOB/USP  
MESTRE EM RADIOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - FO/UFG  
DOUTOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS/UNB  
PROF. TITULAR DE RADIOLOGIA - FOA/UNIEVANGÉLICA

## CENTRO DE DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO

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

### HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

SEGUNDA À SEXTA FEIRA: 7:00 ÀS 18:00 HS. - SÁBADO: 8:00 ÀS 12:00 HS.  
PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES É NECESSÁRIO CHEGAR ATÉ AS 17:30HS E AOS SÁBADOS ATÉ 11:30 HS  
VALORES INFORMADOS POR TELEFONE SERÃO CONFIRMADOS NO ATO DO EXAME

### CONVÊNIOS FATURADOS (APRESENTAÇÃO DE GUIAS):

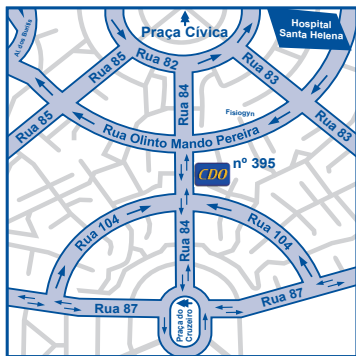
CELGODONTO - CORREIOS - FUSEX - IAMESC - IMAS (ISM)  
IPASGO - PLAN-ASSISTE - SAÚDE CAIXA - UNIODONTO - PRÓ-SOCIAL

### CONVÊNIOS COM DESCONTOS

(APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE ou PEDIDO CARIMBADO e/ou TIMBRADO PELA INSTITUIÇÃO):

ABO	CERFIS	INFRAERO	SAMEDH
ACIEG	CASAG	INPAO DENTAL	SEBRAE
AFFEGO	CASBEG	INSTITUTO KENEDY	SEPAO ASSIST
AMÉRICA	CASSI	INSTITUTO LENZA	SERCON
AMIL	CONAB	INTERODONTO	SESC
ASCON	DENTAL CORP	MED SERVICE	SESI
ASCONDATA	EAP	MEMORIAL BATISTA	SEBRAE
ASEG	EMBRATEL	OAB - CASAG	SINCOR
ASMETRO	E-NOVA ODONTO	ODONTO EMPRESA	SINDCOM
ASSESPGO	FACULDADE DE DONTOLOGIA DE ANÁPOLIS	ODONTO PREV	SINDFEGO
ASSESTRE	FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFG (CGDB)	ODONTO SYSTEM	SINDICATOS
ASSOCIL	FACULDADE DE ODONTOLOGIA - UNIP	PAZ UNIVERSAL	SIRCEG
BELO DENTE	FENIX	PETROBRAS	SUL AMÉRICA
BRADESCO SAUDE	GAMA ODONTO	PLANOS ODONTOLÓGICOS E MÉDICOS	TRANSBRASILIANA
CABESP	GEAP	PORTO SEGURO	TRT
CAESAN	HOSPITAL ARAUJO JORGE (ACCG)	PRO SORRIR	UNIMED
		PRODENT	OUTROS (CONSULTE-NOS)

### CDO - SETOR SUL



PARA MAIOR COMODIDADE,  
LIQUE E MARQUE O SEU HORÁRIO.  
AVISAR COM ANTECEDÊNCIA CASO NÃO  
SEJA POSSÍVEL COMPARECER

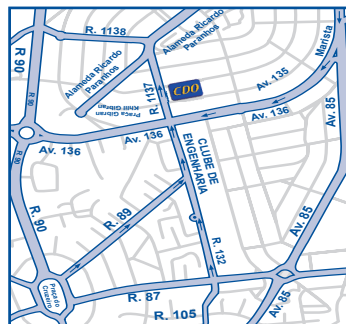
COMPARECER:

Dia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

HORA: \_\_\_ : \_\_\_

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

### CDO - SETOR MARISTA



### NOVO ENDEREÇO

### SETOR SUL

RUA 84, 395 - CEP 74.080-4000

(62) 3218-6068 - 3218-5368

CRO-GO EPAO 185

### GOIÂNIA - GO

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

[cdo@cdoradiografias.com.br](mailto:cdo@cdoradiografias.com.br)

DIAGNÓSTICO COM QUALIDADE

### SETOR MARISTA

RUA 1137, Nº 150 - CEP 74180-160

(62) 3274-4125 - 3093-2541

CRO-GO EPAO 351

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

F

M

FONE:

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS:

FASE DO TRATAMENTO:

INICIAL

FINAL

PROSERVAÇÃO

URGÊNCIA

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA:

COMPLETA:

PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA LATERAL, 2 ANÁLISES COMPUTADORIZADAS, CHECK-UP PERIAPICAL, INTERPROXIMAIS POSTERIORES, MODELOS DE ESTUDO, FOTOS INTRA E EXTRABUCAIS E PASTA.

PADRÃO CDO:

PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA LATERAL, 2 ANÁLISES COMPUTADORIZADAS, PERIAPICAIS DE INCISIVOS, MODELOS DE ESTUDO, FOTOS INTRA E EXTRABUCAIS E PASTA.

ESPECIAL:

PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA LATERAL, 2 ANÁLISES COMPUTADORIZADAS, MODELOS DE ESTUDO, FOTOS INTRA E EXTRABUCAIS E PASTA.

FOTOS INTRA E EXTRABUCAIS

MODELOS:

DE ESTUDO

PADRÃO BOARD

DE TRABALHO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ( CONE BEAM )

FACE ( PROTOCOLO FULL )

MAXILA TOTAL

MANDIBULA TOTAL (PROCESSO ALVEOLAR)

MANDIBULA EXTENDIDA (2/3 INFERIORES DA FACE)

MANDIBULA POSTERIOR (ÁREA DOADORA DE ENXERTO ÓSSEO)

DENTIÇÃO ( MAXILA E MANDÍBULA )

ATM

SEIOS DA FACE (PARANASAIS)

TC P/ CIRURGIA GUIADA  MAXILA  MANDIBULA

DENTES ASSINALADOS (MARCAR NO ODONTOGRAMA)



FINALIDADE DO EXAME

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS:

PANORÂMICA

PANORÂMICA PARA IMPLANTES

TELERRADIOGRAFIA LATERAL  SEM ANÁLISE

CARPAL (MÃO E PUNHO) - IDADE ÓSSEA

ATM EM NORMA LATERAL

ATM EM NORMA FRONTAL ( P.A. )

TELERRADIOGRAFIA FRONTAL  SEM ANÁLISE

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS:

CHECK-UP PERIAPICAL + INTERPROXIMAIS POSTERIORES

INTERPROXIMAIS POSTERIORES

CHECK-UP PERIAPICAL (TODOS OS DENTES)

PERIAPICAL DOS DENTES INDICADOS (MARCAR NO ODONTOGRAMA) \*

OCLUSAL  MAXILA  MANDÍBULA

TÉCNICA DE CLARK - ORTO / MESIO / DISTO (β) \*

LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA \*

EXAMES APENAS DIGITAL (E-MAIL)

ENTREGAR EXAMES NO CONSULTÓRIO

FAVOR ENVIAR MAIS SOLICITAÇÕES DE EXAMES

\* ASSINALE A REGIÃO OU DENTES INDICADOS



DATA: / /

Dr. (A):

CARIMBO

CRO: FONE:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

E-MAIL: