



**ATENDIMENTO  
COM HORA MARCADA**

Segunda à Sexta: 8h00 às 17h30  
Sábado: 8h00 às 12h00

**OS EXAMES E VALORES INFORMADOS POR TELEFONE SERÃO  
CONFIRMADOS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DO PEDIDO.**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Odontólogo: \_\_\_\_\_ CRO: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Data da solicitação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CARIMBO

**SOLUÇÕES DIGITAIS**

- Escaneamento     Guia cirúrgico para implante (entrar em contato)

Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAMES EXTRAORAIS**

- PANORÂMICA**  Impresso  
 Com laudo     Sem laudo     Com traçado     Envio digital

Obs.: \_\_\_\_\_

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA** - Região: \_\_\_\_\_  Implant Viewer  
 DICOM  
Finalidade: \_\_\_\_\_  Impresso  
 Envio digital

- Radiografia Carpal  Impresso  
 Telerradiografia Frontal (P.A.)  Envio digital  
 Telerradiografia Lateral  
 ATM lateral ambos os lados em uma posição  
 ATM lateral ambos os lados, boca aberta e fechada

## DOCUMENTAÇÃO

- Documentação ortodôntica**  Impresso  Envio digital  
Assinale abaixo os itens necessários  
Obs.: \_\_\_\_\_
- Documentação ortodôntica digital**  Envio digital  
Assinale abaixo os itens necessários  
Obs.: \_\_\_\_\_
- Documentação para alinhadores**  Impresso  Envio digital  
Assinale abaixo os itens necessários  
Obs.: \_\_\_\_\_
- Documentação periodontal**  Impresso  Envio digital  
Assinale abaixo os itens necessários  
Obs.: \_\_\_\_\_

- Panorâmica  3 Fotos Intrabucais  Modelo de Estudo  
 Telerradiografia Lateral  3 Fotos Extrabucais  Modelo de Trabalho  
 Oclusais (02)  Modelo Gnatostático  
 Overjet  
 Overbite

- Bimler  Profis  Trevisi  
 Bolton  Ricketts - 32 fatores  Unicamp  
 Downs  Rocabado  USP  
 Jarabak  Schwarz  Vias aéreas adenóides  
 McNamara  Steiner  Outras: \_\_\_\_\_  
 Petrovic  Tweed \_\_\_\_\_

- Discrepância do modelo**  
 Permanente  Moyers  Bolton

## EXAMES INTRAORAIS

- Levantamento Periapical Pediátrico**  **Levantamento Periapical Adulto**  Impresso  
 Radiografia Periapical Pediátrico  Envio digital  
Região: \_\_\_\_\_  
 Radiografia Periapical Adulto  Envio digital  
Região: \_\_\_\_\_

- Interproximal Pré-molares**  Direito  Esquerdo  **Interproximal molares**  Direito  Esquerdo  Impresso  
 Envio digital