

Orçamento será confirmado na hora do exame, mediante apresentação desta requisição

Profissional enviar novo bloco de requisições

Nome _____
Endereço _____
Fone/E-mail _____

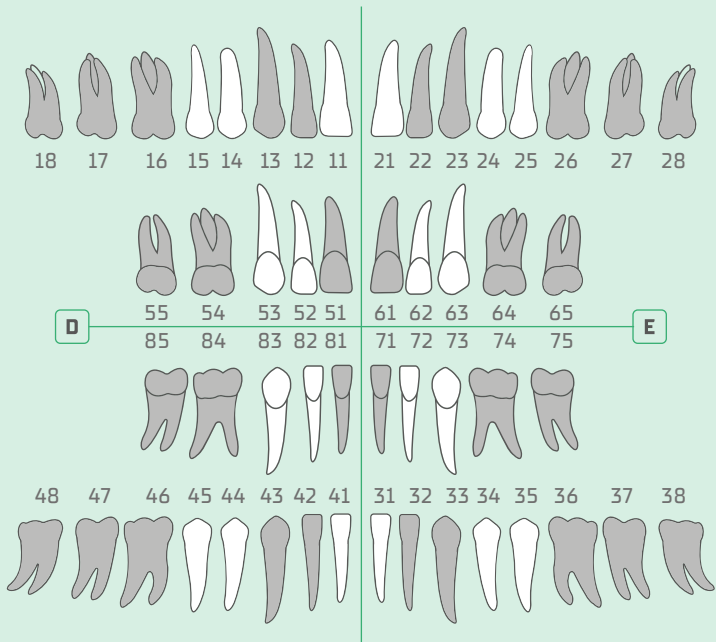
Paciente

Nome _____
Nascimento ____/____/____ Fone _____
Fone/E-mail _____

Entrega do Exame

no consultório por e-mail em CD para o paciente apenas site

Radiografias Intrabucais Digitais



Pericial

Periapical
 Levantamento Periapical

Oclusal

Superior
 Inferior

Interproximal

Molar

Direito
 Esquerdo

Pré-Molar

Direito
 Esquerdo

Região: _____

Observações Clínicas

Radiografias Extrabucais Digitais

Telerradiografia

Perfil ATM
 Frontal Idade Óssea Carpal

Panorâmica

Topo Traçado para
 Oclusão Implante

Observações Clínicas

Modelos

Estudo Trabalho Modelo digital

Telerradiografia

- Perfil
- Frontal
- ATM
- Idade Óssea Carpal

Telerradiografia

- Perfil
- Frontal
- ATM
- Idade Óssea Carpal

Documentações*

Documentação Básica

- Panorâmica
- Teleradiografia com Traçado
- Modelo em Gesso
- 08 Fotos [extra e intrabucais]

modelo Digital

Documentação Tipo 1

- Panorâmica
- Teleradiografia com Traçado
- Modelo em Gesso
- 08 Fotos [extra e intrabucais]
- 02 ou 04 bite wing
- 02 Periapicais

Imagens Digitalizadas dos Exames já assinalados

Documentação 3D Ortodôntica com traçado 3D protocolo Compass

Cefalometrias Computadorizadas

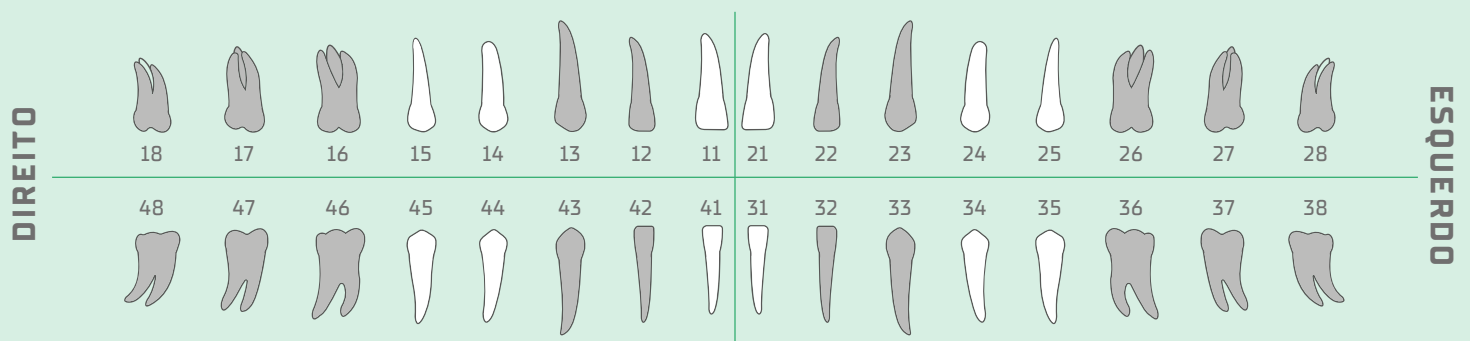
- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Análise Facial | <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> Profis |
| <input type="checkbox"/> Apnéia do Sono | <input type="checkbox"/> Idade Carpal | <input type="checkbox"/> Trevisi | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Adenóides | <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Laverne/Petrovic | <input type="checkbox"/> UNICAMP | |
| <input type="checkbox"/> Fonseca | <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> McNamara | |

Scanner intra-oral (3Shape)

- Maxilar
- Mandíbola
- Alinhadores _____
- Modelo Virtual Orto

Tomografia Computadorizada Volumétrica de Feixe Cônico*

- Endodontia
- Ortodontia
- Implantodontia
- Patologia
- Periodontia
- Cirurgia



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implante | <input type="checkbox"/> Local de supra-numerário |
| <input type="checkbox"/> Fratura Radicular | <input type="checkbox"/> Maxilar <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Região _____ |
| <input type="checkbox"/> Perfuração/Trepanação | <input type="checkbox"/> Mandíbula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Região _____ |
| <input type="checkbox"/> Dente Retido | <input type="checkbox"/> ATM bilateral |
| <input type="checkbox"/> Arcos Zigomáticos | <input type="checkbox"/> Arcos Zigomáticos boca aberta/fechada |
| <input type="checkbox"/> Seio Maxilar | <input type="checkbox"/> Protótipo - Contato-nos |
| <input type="checkbox"/> Área Patológica _____ | <input type="checkbox"/> Dental Slice |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Observações Clínicas

*Agendamento de horário é obrigatório para exames com documentação e tomografia computadorizada. Paciente gestante ou com necessidades especiais devem ser informados à clínica com antecedência.

Trabalhamos com convênios e possuímos estacionamento próprio.

