

Requisição

Paciente: _____ Data: _____

Dr.(a): _____ Enviar mais requisições

Objetivo Principal: _____

Formato de Recebimento

Entregar exames no consultório Entregar ao paciente Enviar por IDOC (internet)

Impressão: Papel fotográfico Película CD E-mail _____

Radiografia Periapical Digital

Paralelismo (cone ongo) 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28

Bissetriz 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38

Levantamento Periapical

55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65

D ————— E

85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75

Radiografia Interproximal Digital

Pré-molares _____

Direito Esquerdo

Molares _____

Direito Esquerdo

Radiografia Oclusal Digital

Superior Total Hemiarco

Inferior Anterior D E

Radiografia Panorâmica Digital

Panorâmica topo Panorâmica Oclusão Com traçado anatômico para implantes

Pacote Diagnóstico

Panorâmica, 4 interproximais e 3 periapicais dos incisivos

Tomografia Computadorizada Volumétrica Cone Bean

- Tomografia Vol. 1 (1 ou 2 elementos) 55 | 54 | 53 | 52 | 51 61 | 62 | 63 | 64 | 65
- Tomografia Vol. 2 (1 Hemiarco) 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28
- Tomografia Vol. 3 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38
- Maxila Corpo Mandibular 85 | 84 | 83 | 82 | 81 71 | 72 | 73 | 74 | 75
- Tomografia Vol. 4 (Maxila e Corpo Mandibular)
- Tomografia Vol. 5 (A.T.M 2 posições) Informações adicionais: _____
- Dente Retido ou Supranumerário _____
- Pesquisa de fratura dental _____
- Terceiros molares _____

Radiografia Extra Orais Digitais

- A.T.M Vista Lateral A.T.M Vista Coronal Índice Carpal

Documentação Ortodôntica

- Fotografia** { **Rosto** Frente Perfil Frente sorrindo
Dentes Frente Lateral D.E Oclusal Sup./Inf.

- Modelos** { Em gesso trabalho Arquivos Digitais (escaneamento) + .STL
 Em gesso estudo Impressos em filamento + .STL

- Personal (Panorâmica, Tele c/ 1 trac, modelos)
 Simplificada (Panorâmica, Tele c/ 1 trac, 6 fotos, modelos)
 Básica (Panorâmica, Tele c/ 1 trac, 6 fotos, 4 radiografias interproximais, modelos)
 Completa (Panorâmica, Tele c/ 1 trac, 8 fotos, levantamento periapical, 4 radiografias interproximais, modelos)
 Invisalign Clearcorrect Outros alinhadores

Telerradiografia Digital

- Lateral Usp McNamara Petrovic Apnéia do sono
 Frontal Unicamp Bimler Sassouni Outros
 Em 45° Tweed Jarabak Trevisi _____
 Steiner Ricketts Valieri _____
 Downs Ricketts Frontal Rocabado _____

- CD interativo** Dycons Ondemand Dental slice

Informações aos clientes

- Caso não seja possível comparecer ao horário marcado, favor avisar com antecedência.
- Os valores dos exames informados por telefone são aproximados, sendo confirmados mediante leitura direta da requisição de encaminhamento.
- O tempo de exame dependerá do grau de dificuldade da sua realização.
- O prazo de entrega poderá sofrer alteração caso seja necessário repetição de exame.
- Nossos equipamentos são de última geração, minimizando a exposição do paciente à radiação.
- É recomendada alimentação leve antes dos exames.
- Informar em caso de gravidez.

Itapema 📞 (47) 98458-0825 (47) 3368-0825
Edifício da Caixa Econômica, Rua 246, n° 297 sala 7, Meia Praia

Tijucas 📞 (48) 99193-2646 (48) 3263-2646
Centro Comer. Reflexo, Av. Bayer Filho, n° 750 - Sala 16