

SOLICITAÇÃO DE EXAMES E SERVIÇOS

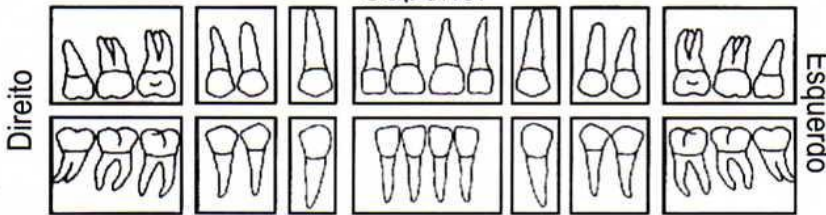
DADOS

NOME: _____
 DT. NASC.: ____/____/____ TEL.: _____
 ENDEREÇO: _____
 E-MAIL: _____ DT. SOLICITAÇÃO: ____/____/____
 DOUTOR(A): _____
 TEL.: _____ DATA: ____/____/____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS

Dentição Permanente

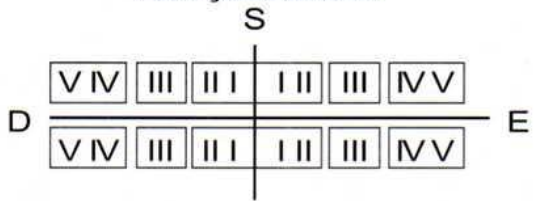
Superior



Inferior

- Periapical Completo Oclusal Maxila
 Completo + Bite Wing Mandíbula
 Simples (indicar no odontograma) Técnica de Clark (2 películas)

Dentição Decídua



- Interproximais "Bite-Wing" Molares Direito
 Premolares Esquerdo
 Direito Esquerdo

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS

- Panorâmica Simples Panorâmica para Implante
 c/ complementares (incisivos + Bite Wing) Mão e Punho (Idade Óssea)
 Boca semi-aberta Em oclusão
 Traçado para implante

RX SEM LAUDO PODE SER ENTREGUE NA HORA

- Telerradiografia de Perfil (Cefalométrica lateral)
 Sem Traçado Com Traçado Articulação Temporomandibular (Boca aberta e Fechada) Telerradiografia Frontal PA

SERVIÇOS

- Cefalometria Adenoide Profis Petrovic Steiner
 Traçados Computadorizados Alexander (Wick) Displasia Dentofaciais Trevisi Ricketts Erupção 3.º Molar
 CDT Radio Memory Bimler I Downs UNICAMP Rocabado Tweed
 Fov Jarabak/Roth USP Sassouni
 Bordelini McNamara Via aérea Schwarz Outros _____
 Fotografias Frente Frente Frente
 Slides Perfil Direito Esquerdo Direito Direito
 Modelos de Gesso Sorriso Esquerdo Esquerdo Esquerdo
 De Trabalho Perfil em Close Oclusais Superior Inferior
 Zoocalado Análise do Modelo em Gesso Documentação em Disquete ou CD
 Acrílico (Moyers / Bolton) Pasta
 Pont / korkhaus Pont / korkhaus Enviar Solicitação de Exames

DOCUMENTAÇÕES ORTODÔNTICAS

- Completa Básica Padrão
 Panorâmica c/ complementação cefalométrica c/ 1 traçado modelo fotografia
 c/ 2 traçados modelos
 6 fotos e pasta personalizada
 Análise de modelo
- Informações Complementares: _____

Observações _____

O VALOR DO EXAME SERÁ CONFIRMADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO