

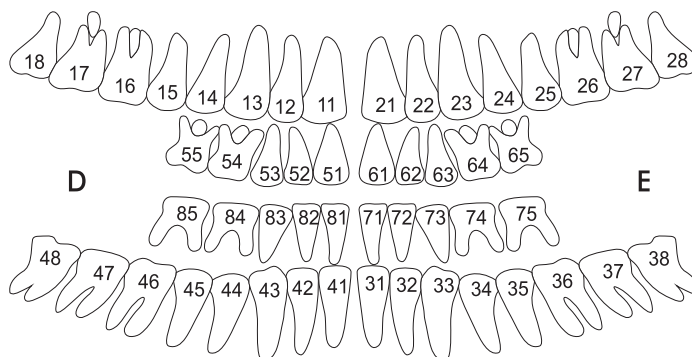
Envio:	☐ CONSULTÓRIO	☐ AGUARDAR	
Paciente:			
Fone:		Data de nasc.:	
Endereço:			
Dr(a):		CRO:	
Fone:		E-mail:	
Endereço:			

EXAMES RADIOGRÁFICOS (Todos os exames são digitais)

- ☐ **PERIAPICAL**
- ☐ Periapical completo (14 periapicais)
- ☐ Dentes indicados
- ☐ Periapical completo + 3º molares
- ☐ **TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO (CLARCK)**
- ☐ Região

- ☐ **INTERPROXIMAIS**
- ☐ Premolares ☐ D ☐ E ☐ Maxila ☐ Região
- ☐ Molares ☐ D ☐ E ☐ Mandíbula

☐ **OCCLUSAL**



- ☐ **RADIOGRAFIAS**
- ☐ ATM (04 incidências)
- ☐ P.A.
- ☐ A.P.
- ☐ CARPAL (MÃO E PUNHO)

- ☐ **PANORÂMICA**
- ☐ Desocluida ☐ P/ Implante
- ☐ Oclusão ☐ Região
- ☐ **TELERRADIOGRAFIA DIGITAL**
- ☐ Lateral ☐ Frontal ☐ S/ Análise
- Análise

- ☐ **MODELO**
- ☐ Estudo
- ☐ Trabalho (Gesso tipo IV)

- ☐ **DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA**
- ☐ Pan + Tele + Bite Wing + Periap. Totais + Mod + Fotos + Pasta
- ☐ Pan + Tele + Periapicais incisivos + Modelos + Fotos + Pasta
- ☐ Pan + Tele + Modelos + Fotos + Pasta
- ☐ Panorâmica + Modelos
- ☐ Documentação Econômica
Pan + Tele + Fotos + Modelos + Pasta

- ☐ **FOTOGRAFIAS**
- ☐ Frente
- ☐ Perfil
- ☐ Sorriso
- ☐ Intra-orais
- ☐ Oclusais
- ☐ **ANÁLISES**
- ☐ Análise Facial
- ☐ Análise de modelo
- ☐ **DOCUMENTAÇÃO DIGITAL (CD)**

- ☐ **APRESENTAÇÃO**
- ☐ Pasta PVC
- ☐ Pasta Papel
- ☐ Envelope
- ☐ E-mail
- ☐ CD
- ☐ Caixa c/ 2 lugares

OBS.:

☐ Favor enviar mais solicitações de exames

Exames realizados com hora marcada

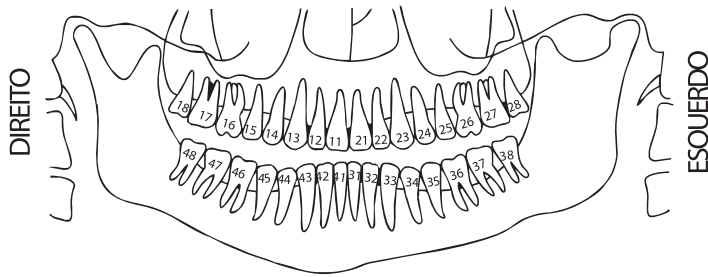
☐ Hora Marcada

Data: Hora:

Tomografia Computadorizada Cone Beam

Área de Análise

Assinale a área de interesse



Finalidade do exame:

Maxila

- ☐ Total
- ☐ Direita
- ☐ Esquerda

Mandíbula

- ☐ Total
- ☐ Direita
- ☐ Esquerda

A.T.M.

- ☐ A.T.M. Direita
- ☐ A.T.M. Esquerda

Forma de Impressão

- ☐ Papel fotográfico
- ☐ CD

Informações ao Paciente:

- Recomenda-se jejum de 2hs antes do exame p/ documentação

- Aceitamos Cartão de crédito e débito e diversos convênios

- É necessário o agendamento prévio dos seguintes exames:
Levantamento Periapical; Tomografia.

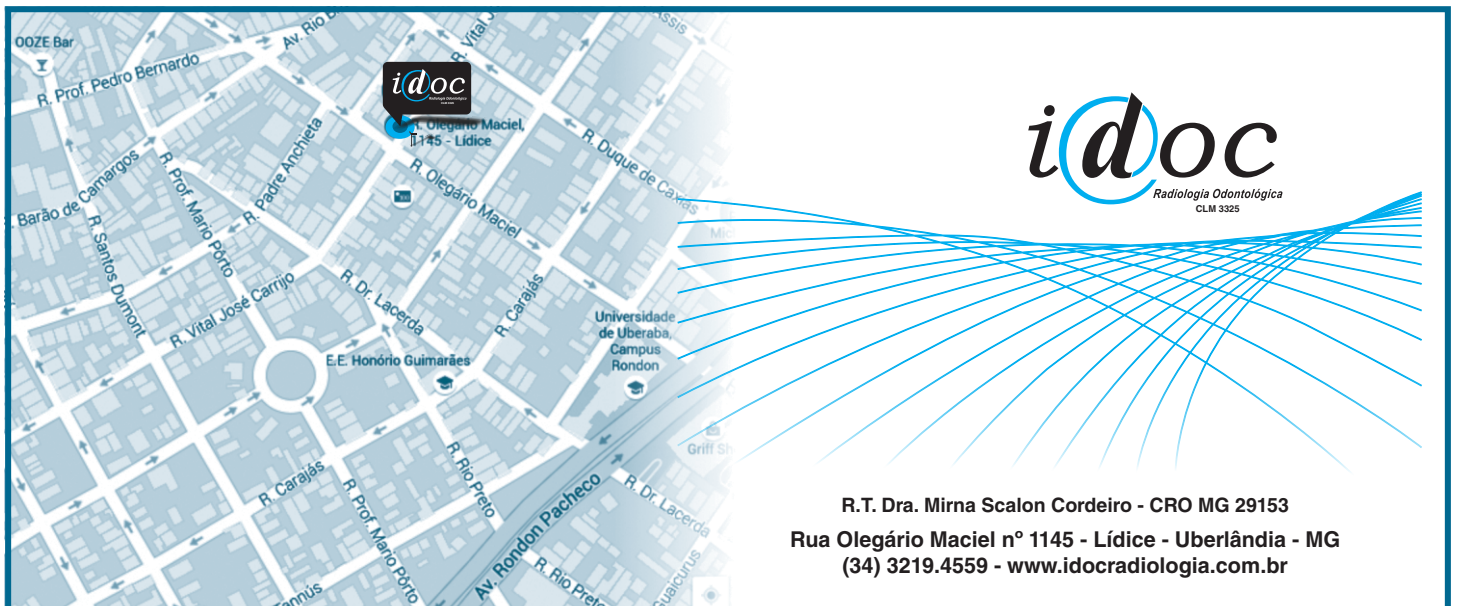
- Os valores dos exames, informados por telefone, serão confirmados em nossa recepção.

- Horário de atendimento : 2ª a 6ª - 8:00 às 11:45hs e 13:00 às 18:00hs

- Acessibilidade 

- Exames não retirados no prazo de 6 meses serão encaminhados ao dentista solicitante.

Mapa de localização



R.T. Dra. Mirna Scalon Cordeiro - CRO MG 29153
Rua Olegário Maciel nº 1145 - Lídice - Uberlândia - MG
(34) 3219.4559 - www.idocradiologia.com.br