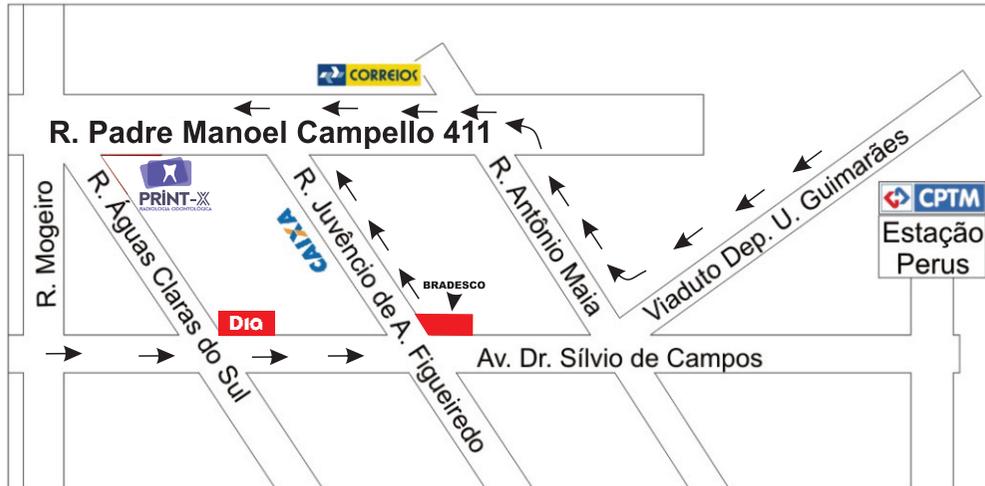


Horário de Atendimento
2a à 6a das 9:00 às 18:00hs
Sábado das 8:00 as 12:00hs

Tel.: 3919-3187  **99680-0680**

Rua Padre Manoel Campello 411 - Perus - São Paulo - CEP 05206-020



Obs: _____

Recebido ___/___/___ _____
Nome



Resp. Tec. Dra. Keylla M. Tagawa - CRO-SP 92442

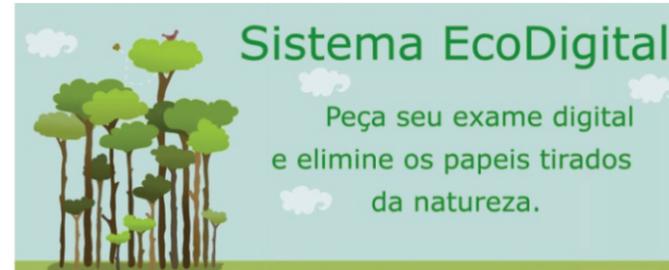
REQUISIÇÃO DE EXAME

Horário de Atendimento
2a à 6a das 9:00 às 18:00hs
Sábado das 8:00 as 12:00hs

Tel.: 3919-3187  **99680-0680**

Rua Padre Manoel Campello 411 - Perus - São Paulo - CEP 05206-020

Enviar fichas para requisição de exames USO INTERNO n _____



FORMAS DE ENTREGA

- Via e-mail
- Enviar apenas em CD
- Entregar no consultório
- Entregar para o paciente

Dados do Paciente

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Fone: () _____

Dados do Profissional

Nome: _____ CRO _____

Email: _____ Fone: () _____

Endereço: _____

*Nosso atendimento é científico para que todos sejam bem atendidos
não tenha pressa. Ofereça esse tempo à sua saúde.
Obrigado por estar com a Gente!*

Os valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame.

EXAMES EXTRA-BUCAL

Panorâmica Com laudo Milimetrada Traçado anatômico
 Sem laudo Oclusão _____

Telerradiografia lateral P.A. Seio Maxilar Mão e Punho

Telerradiografia Frontal P.A. Seio Frontal _____

Interproximais

- Molares
- Pré Molares
- Anteriores

Oclusais

- Maxila
- Mandíbula
- Parcial lado Esq.
- Parcial lado Dir.
- Total

Localização

- Corpo Estranho
- Dente Incluso
- Região _____

Técnica de Clark
(2 Periápicais)

Técnica de Miller Winter
para 3º Molar inferior

ATENÇÃO

Para documentações ortodôntica mantenha-se de jejum 2 horas antes do exame

DOCUMENTAÇÃO

ORTODÔNTICA DIGITAL: Análise Cefalométrica, Telerradiografia Lateral, Panorâmica com Laudo, 3 fotos faciais, 4 fotos intra-bucais, todas as imagens enviadas por email.

ORTODÔNTICA PADRÃO: Análise Cefalométrica, Telerradiografia Lateral, Panorâmica com Laudo, 3 fotos faciais, 4 Fotos Intra-bucais, todas as imagens enviadas por email.

ORTODÔNTICA COMPLETA: Análise Cefalométrica, 3 fotos faciais, Telerradiografia Lateral, Panorâmica com Laudo, 4 Fotos Intra-bucais, 2 fotos oclusais, 2 periápicais anteriores, discrepância de modelos, mão e punho, todas as imagens enviadas por email.

TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS (FAVOR INDICAR)

- USP USP/UNICAMP BIMLER UNICAMP
- RICKETTS PETROVICK PROFIS SASSOUNI
- MC NAMARA T.P.I. STEINER-TWEED DOWNS
- JARABACK SCHWARZ ROCABADO

FOTOS AVULSAS

EXTRABUCAIS

- Frente
- ½ Perfil
- Perfil
- Sorriso
- Perfil Vertical

INTRA-BUCAL

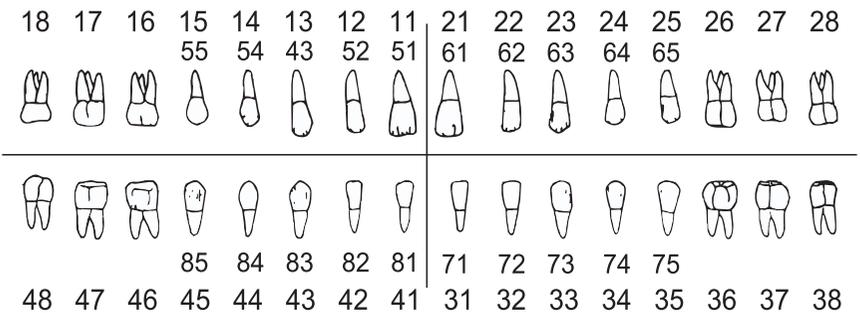
- Frontal
- Laterais
- Overjet
- Oclusais
- Modelo ortodôntico
- Modelo de Trabalho
- Discrepância de Modelo
- Índice Carpal (mão e punho)

SERVIÇOS

PERIODONTAL: Panorâmica com laudo, 3 fotos faciais, 3 fotos intra-bucais, 2 fotos oclusais, 3 periápicais interproximais.

EXAMES INTRA-BUCAL

Periápicais Levantamento (Boca Toda)
 Dentes assinalados



Tomografia Computadorizada 3D

- Maxila Mandibula Mand/Max ATM
- Dente(s) _____

Tipo de Mídia

- Papel Filme CD Software de Manipulação

Obs.: _____

