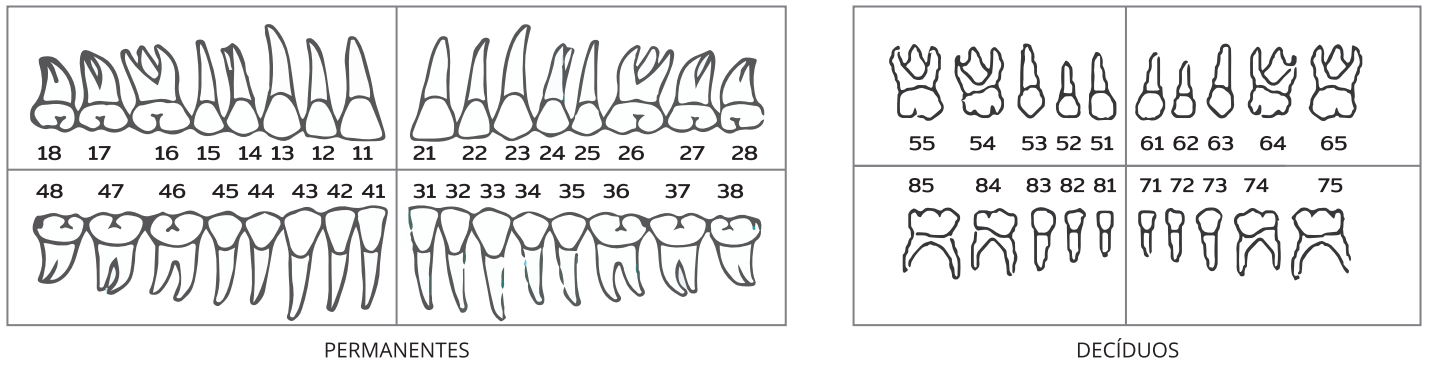


Paciente	Nascimento	Telefone
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> ( <input type="text"/> ) <input type="text"/>
Solicitado pelo Dr.(a)		Data da Solicitação
<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
E-mail do profissional		Telefone
<input type="text"/>		<input type="text"/> ( <input type="text"/> ) <input type="text"/>
<input type="radio"/> Exame com laudo <input type="radio"/> Exame sem laudo <input checked="" type="radio"/> Favor enviar blocos de pedido		

**INTRABUCAIS**

<b>PERIAPICAIS</b> <input type="radio"/> TODOS OS DENTES <input type="radio"/> DENTE(S) ASSINALADO(S) <input type="radio"/> PARA IMPLANTE REGIÃO _____	<b>INTERPROXIMAIS (Bite-Wing)</b> <input type="radio"/> MOLARES <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> PRÉ-MOLARES <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E	<b>LOCALIZAÇÃO</b> <input type="radio"/> LOCALIZAÇÃO DE CLARK <input type="radio"/> REGIÃO _____	<b>OCLUSAIS</b> <input type="radio"/> MAXILA <input type="radio"/> MANDÍBULA <input type="radio"/> TOTAL <input type="radio"/> PARCIAL
---	---	--	---

ASSINE A ÁREA DE INTERESSE PARA ANÁLISE NO ODONTOGRAMA



**EXTRABUCAIS**

PANORÂMICA  
 PANORÂMICA PARA IMPLANTES COM TRAÇADO NA(S) REGIÃO(ÕES) \_\_\_\_\_  
 TELERRADIOGRAFIA LATERAL       WATERS (SEIOS DA FACE)       ATM 4 INCIDÊNCIAS  
 TELERRADIOGRAFIA FRONTAL (P.A)       CARPAL

**ANÁLISE E TRAÇADO**

USP       LAVERNE/PETROVIC       BIMLER       MCNAMARA       JARABAK - ROTH       RICKETTS  
 UNICAMP       USP/UNICAMP       PROFIS       ROCABADO       TWEED/STEINER       UNESP  
 ADENÓIDE       RICKETTS FRONTAL       SASSOUNI       CURVA DE CRESCIMENTO       TREVESI       OUTRA \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÕES**

- BÁSICA IMPRESSA: Panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 8 fotos.
- BÁSICA ON-LINE: Panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 8 fotos.
- DOC 1: Panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 8 fotos e modelos.
- DOC 2: Panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 8 fotos, modelos e raio x de incisivos.
- DOC 3: Panorâmica, telerradiografia com análises cefalométricas, 8 fotos, modelos, raio x de incisivos, interproximais e cd.
- PERSONALIZADA: (Por favor, marque os itens individualmente no pedido).

## INFORMAÇÕES AOS PACIENTES

- NÃO É PERMITIDA A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE O EXAME
- PARA MELHOR REALIZAÇÃO DOS EXAMES É IMPORTANTE NÃO INGERIR LÍQUIDO E ALIMENTOS PRÓXIMO AO HORÁRIO DO ATENDIMENTO.
- PREVIAMENTE AO EXAME REMOVER TODOS OS OBJETOS METÁLICOS COMO BRINCOS, PIERCINGS E COLARES
- PARA DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA COM MODELOS: EM CASO DE PACIENTES QUE JA USAM APARELHO, ANTES DE VIR, SOLICITAR AO DENTISTA QUE REMOVA O FIO ORTODÔNTICO PARA AUXILIAR NA MOLDAGEM
- O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO NO DIA DO EXAME. (DINHEIRO OU CARTÃO DE CRÉDITO)

## CONVÊNIOS



OdontoPrev



Bradesco



MetLife



Copass



Rede Unna



Prodent



SISTEMA NACIONAL DE PLANOS ODONTOLÓGICOS



COOPERVAP



Rua Goiás, 263 - Centro - Paracatu - MG

(38) 3671-1733

(38) 3408-2205

(38) 9.9153-3127

