



PACIENTE

NOME: _____
TELEFONE: () _____
E-MAIL: _____

ENVIAR SOLICITAÇÃO DE EXAMES SOU PARCEIRO UDO

* Em caso de atendimento por convênio, é obrigatório apresentar a carteira do plano e documento de identidade com foto.

**Exames ficarão disponíveis por 90 dias (3 meses)*

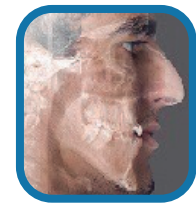
PROFISSIONAL

NOME: _____
TELEFONE: () _____
E-MAIL: _____

 Carimbo e Assinatura

NOVOS SERVIÇOS

- invisalign®
- Documentação para alinhadores ortodônticos. Panorâmica, telerradiografia, 8 fotos, modelo digital (escaneamento intraoral).
- Escaneamento intraoral em formato STL/PLY.
- Protocolo facial 3D:
 - Escaneamento intraoral;
 - Escaneamento de face;
 - Tomografia da cabeça toda.
- Escaneamento facial.

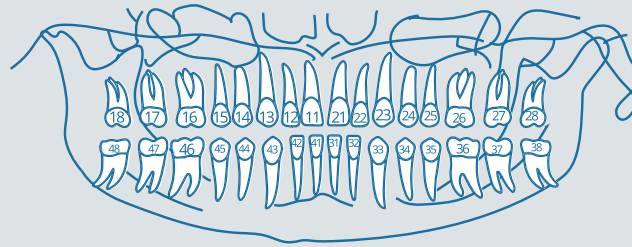


ITERO

Observações: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – CONE BEAM

- Visualizador DICOM
- Dental Slice



- Maxila Completa Mandíbula Completa Parcial
- Tomografia da Cabeça Toda. Região: _____

INDICAÇÃO

- Implantodontia (com medida de altura e espessura)
- Periodontia (com medidas para guia periodontal)
- Seios da Face
- Tomografia para técnica **MARPE**
- Tomografia protocolo **SYM**
- Fratura Radicular (em alta resolução)
- Localização de dente incluso/retido
- Perfuração/Trepanação (em alta resolução)
- Terceiros Molares
- Patologia

Observações: _____

TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO



TC CONE BEAM

- ESTUDO DA ATM**
- ATM Bilateral
- ATM Lateral Esquerda
- ATM Lateral Direita
- Boca Aberta
- Boca Fechada

EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL EXTRAORAL

- Radiografia **Panorâmica**
- Panorâmica com traçado para **Implante**
- Panorâmica seriada para **ATM**
- Telerradiografia **Lateral** (com traçado)
- Telerradiografia **Frontal** – Postero Anterior – PA (com traçado Ricketts)
- Mão e Punho** com idade óssea (carpal)

**Exames ficarão disponíveis por 90 dias (3 meses)*