

Rua Venezuela, 21 - Sala 3 - Térreo - Vila Pinto - Tels.: (35) 3221-4144 / 3223-5226 - Varginha - MG

Paciente: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Enviar por e-mail: \_\_\_\_\_

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO (CONE BEAM)

### ASSINALE A REGIÃO NO DIAGRAMA:



<b>IMPLANTODONTIA</b>	
<p><b>MAXILA</b></p> <input type="radio"/> Até 2 dentes <input type="radio"/> Até 4 dentes <input type="radio"/> Até 6 dentes <input type="radio"/> Maxila total	<input type="radio"/> Cirurgia Guiada <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Dental Slice <input type="radio"/> Avaliação de enxerto ósseo.
<b>CIRURGIA ORAL</b>	
<input type="radio"/> Patologia _____ <input type="radio"/> Outra pesquisa _____ <input type="radio"/> 3° Molares, posicionamento e/ ou relação com o canal mandibular/ seio maxilar	<input type="radio"/> Até 2 dentes <input type="radio"/> Até 4 dentes <input type="radio"/> Até 6 dentes <input type="radio"/> Mandíbula total
<b>ENDODONTIA</b>	
<input type="radio"/> Pesquisa de dilacerção radicular <input type="radio"/> Pesquisa de trepanações <input type="radio"/> Pesquisa de lesões	<input type="radio"/> Cirurgia Guiada <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Dental Slice <input type="radio"/> Avaliação do enxerto ósseo
<b>PERIODONTIA</b>	
<input type="radio"/> Avaliação de perda óssea alveolar <input type="radio"/> Envolvimento de furca	<input type="radio"/> Seios Maxilares <input type="radio"/> Pesquisa de fratura de _____ <input type="radio"/> Dente incluído e/ou supranumerário
<b>ATM</b>	
<input type="radio"/> Boca aberta <input type="radio"/> Boca fechada <input type="radio"/> Patologias	<input type="radio"/> Avaliação das tábuas ósseas vest. e palat./lingual <input type="radio"/> Outras Pesquisas _____
<b>PROTOTIPAGEM</b>	
<input type="radio"/> Maxila comum <input type="radio"/> Maxila Estendida <input type="radio"/> Mandíbula Comum <input type="radio"/> Mandíbula Estendida <input type="radio"/> Mento	<input type="radio"/> Avaliação morfológica <input type="radio"/> Fraturas
<b>TIPOS DE PROTOTIPAGEM</b>	
<input type="radio"/> Modelo translúcido resina acrílica <input type="radio"/> Modelo branco opaco de gesso	<input type="radio"/> Guia para implante total <input type="radio"/> Guia para implante parcial <input type="radio"/> Guia para mini-implantes <input type="radio"/> Goteira cirúrgica final <input type="radio"/> Goteira cirúrgica intermediária
<b>IMPRESSÃO</b>	
<input type="radio"/> Papel fotográfico	<input type="radio"/> Filme

**FINALIDADE DE EXAME / HISTÓRICO CLÍNICO** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AO PACIENTE**

- Os valores dos exames informados por telefone não são precisos, estando sujeitos a confirmação em nossa recepção ou pelo email: radiosul@radiosuldigital.com.br
- Aceitamos cartões de crédito