

Radiografias Extrabucais *Digitais*

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Panorâmica com Laudo
Digital | <input type="checkbox"/> Panorâmica sem Laudo
(entrega no ato) |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografia <input type="checkbox"/> Lateral
Digital | <input type="checkbox"/> Frontal |
| <input type="checkbox"/> P.A. Seio Maxilar
Digital | <input type="checkbox"/> Mão e Punho (idade óssea)
Digital |
| <input type="checkbox"/> Panorâmica especial para ATM
Digital | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Para Implantes / Dentes Inclusos / Lesões / Outros

Tomografia Computadorizada com medidas de Altura e Espessura.

- | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TC de Maxila Total | <input type="checkbox"/> TC de Mandíbula Total |
| <input type="checkbox"/> Região: _____ | |

Motivo do Exame:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Impresso em filme radiográfico
(tamanho 20x25) | <input type="checkbox"/> Impresso em papel fotográfico
(tamanho 20x25) |
| <input type="checkbox"/> Exame somente digital, por email, enviado em 24 horas. | |

E-mail: _____

Exame Entregue:

Recebido: _____ / _____ / _____

Assinatura



Diretores Clínicos: Prof. Dr. Felipe P. Varoli
Dra. Melissa Victorino



Acesse nosso site:
www.xdigitalradiologia.com.br
email: xdigitalradiologia@gmail.com

Tels.: 11 3989-7429 / 3986-2226 ☎

Horário de Funcionamento: 2ª à 6ª das 8:00 às 17:00hs - Sáb. das 9:00 às 12:00hs.

O VALOR PASSADO POR TELEFONE SERÁ CONFIRMADO NO ATO DO EXAME

Data do Exame: _____ / _____ / _____ Reg.: _____

Dados do Paciente

Nome _____ M F

Nascimento _____ Idade _____ Telefone _____

Já usou Aparelho Ortodôntico? Sim Não CPF _____

Dados do Profissional

Dr.(a) _____

Endereço _____



Enviar Requisição

X Digital
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA

ESTACIONAMENTO GRATUITO NO LOCAL (1vaga)

RUA CAXIPÓ-MIRIM, 79 - CEP: 02612-120 - V. N. CACHOEIRINHA - SÃO PAULO - SP