

**PEDIDO SIMPLIFICADO**

**PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

**DOUTOR (a)**

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Radiografia panorâmica  | <input type="checkbox"/> Com laudo   |
| <input type="checkbox"/> Radiografia panorâmica para implante  | <input type="checkbox"/> Imagem digital: <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografia  | <input type="checkbox"/> CD  |
| <input type="checkbox"/> Oclusal: <input type="checkbox"/> Maxila <input type="checkbox"/> Mandíbula | <input type="checkbox"/> Traçado região: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Exame periapical boca toda  |  |
| <input type="checkbox"/> Exame periapical região   |  |

**Permanentes**

D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

E

**Decíduos**

D	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

E

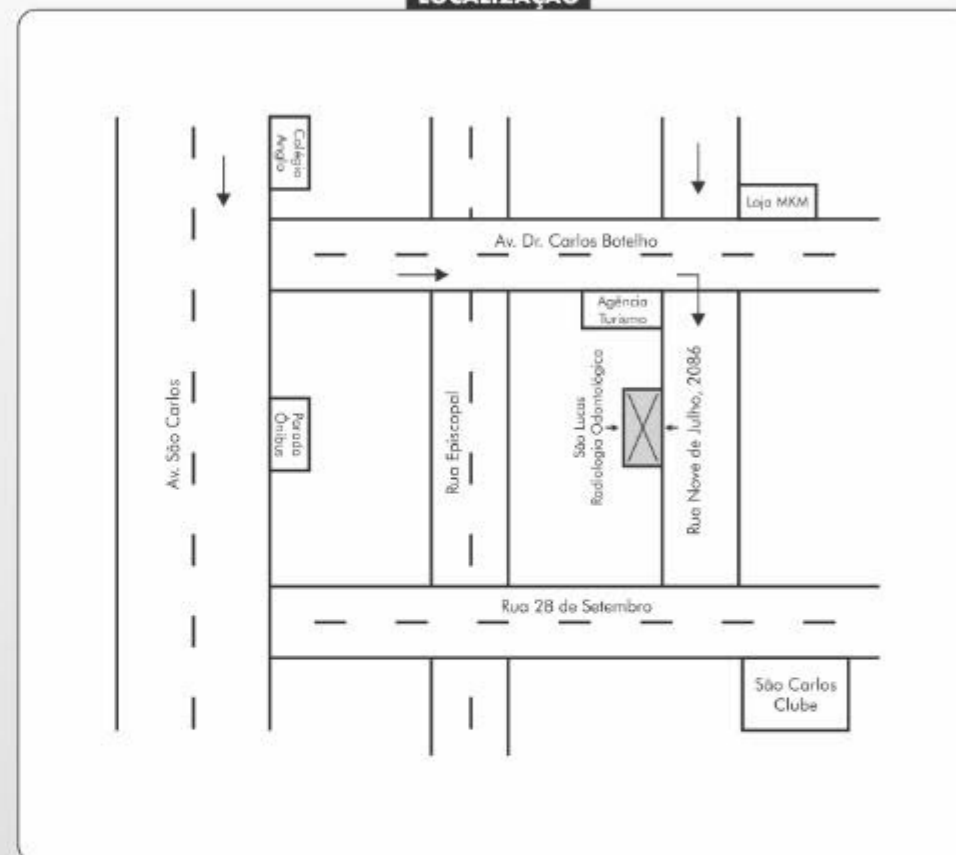
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Documentação ortodôntica completa  | Obs.: _____  |
| <input type="checkbox"/> Documentação ortodôntica simples   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Documentação ortodôntica digital   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Escaneamento intra oral  |  |
| <input type="checkbox"/> Modelo orto: <input type="checkbox"/> Impressa <input type="checkbox"/> Gesso (trabalho) |  |
| <input type="checkbox"/> Radiografia da ATM   | <input type="checkbox"/> Maxila                            |
| <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada:  | <input type="checkbox"/> Mandíbula                         |
|   | <input type="checkbox"/> Região                            |
|   | Incluir C.D.: <input type="checkbox"/> Icativision   Dicom |
|   | <input type="checkbox"/> Dental Slice                      |

**São Lucas Radiologia Odontológica**

Rua Nove de Julho, 2086 - Centro

Fones (16) 3372-8223 / 99700-4401

**LOCALIZAÇÃO**



**Atendimento com hora marcada**

Horário: de Segunda à sexta-feira, das 8h às 18h. Sábados das 8h30 às 11h30.

O valor do exame será confirmado mediante requisição na recepção.

**Marque aqui seu horário**

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_