



Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

SDN Conjunto Nacional, 4º Andar - Salas 4005 / 4007
Asa Norte - Brasília / DF - CEP: 70.077 - 900
Fone: (061) 3328-9393

PROTOCOLO DE ENTREGA _____

CONVÊNIO: **ODONTOLIFE/**

FATURA

DADOS CONVÊNIO

BRASÍLIA-DF:

PERÍODO REF.:

01/07/2021

TOTAL:

R\$ 151,20

Nº ITEM	DATA MOV.	NOME CLIENTE	CARTEIRINHA	GUIA	VALOR R\$
1	31/05/2021	Cassia Lorrane Rodrigues Monteiro	00202537565400	123	R\$ 88,80
2	29/06/2021	Ana Paula Amaral C. Oliveira	00202537838400	123	R\$ 31,20
3	29/06/2021	Jaqueline Pereira da S Xavier	00202538871900	595843	R\$ 31,20

Atenciosamente,

PROTOCOLADO

Radiodiagnóstico - Conj. Nacional

RECEBIDO EM: ____/____/____

ASS. RESP.: _____



594874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2021	4-Data de Autorização 29/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8732762	7-Data Validade da Senha 21/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537838400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA AMARAL COSTA OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA AMARAL COSTA OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO	18-Número no CRO 1543	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06691552172	22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY	23-Número no CRO 1543	24-UF DF	25-Código CNES 3200531	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CBO S 223260	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/06/2021		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Mari Pascoal Radiologista CRO-DF 1834	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/06/21
---	--	---	---



RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA

radio@radiodiagnostico.com.br
www.radiodiagnostico.com.br

ASA NORTE CONJUNTO NACIONAL

SDN, Torre Verde, Salas 4005/4007
Cep: 70077-900 Brasília-DF
Fone: (61) 3328-9393
Fax: (61) 3326-7825

Segunda a Sexta: 8h às 19h
Sábado: 8h às 12h

ASA SUL CENTRO CLÍNICO SUL

SHLS 716, Conj. L, Torre II, Salas 321/323
Cep: 70390-700 Brasília-DF
Fone: (61) 3963-9898
Fax: (61) 3037-9392

Segunda a Sexta: 8h às 19h
Sábado: 8h às 12h

Paciente Ana Paula Amaral Costa Oliveira Fone

D. Nasc. Convênio

Pedido pelo Dr.(a) Marcus Scherre Fone

Endereço profissional SDN CNB 514079 E-mail

Finalidade do Exame ☒ Inicial ☐ Controle ☐ Final ☐ Outros

EXAMES RADIOGRÁFICOS

- ☐ Periapical Total
☐ Periapical Total com bite-wing
☐ Periapical (Dentes Assinalados)
☐ Interproximais:
Molares ☐ D ☐ E
Pré-Molares ☐ D ☐ E
☐ Oclusal:
☐ Maxila ☐ Mandíbula
☐ Carpal (idade óssea) ☐ P.A. (Telefrontal) ☐ A.T.M. ☐ Telerradiografia: ☐ Com traçado ☐ Sem traçado
- Localização Topográfica:**
☐ Técnica de Clark ☐ Área patológica
☐ Dente retido ☐ Supranumerário
☐ Outros
☐ Panorâmica p/ implante – Região:
☒ Panorâmica



DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☐ 1 pan + tele + modelo + fotos (8)
☐ 2 pan + tele + modelo + fotos (8) + 4 bite wing
☐ 3 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino)
☐ 4 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino) + 4 bite wing
☐ 5 pan + tele + modelo + fotos (8) + 14 periapicais + 4 bite wing
- Fotografias:**
☐ Frente/Perfil (2) ☐ Sorriso (1) ☐ Intra Bucal (3) ☐ Oclusais (2) ☐ Overjet (2) ☐ Perfil Aproximado ☐ Close do Sorriso ☐ Harmonização Facial
- Análise Cefalométrica:**
☐ USP ☐ Tweed ☐ Profis ☐ Bimler
☐ UNICAMP ☐ Steiner ☐ Laverne e Petrovick ☐ USP/UNICAMP
☐ UNESP ☐ Ricketts ☐ Adenóides ☐ Análise de Modelo
☐ MC Namara ☐ Jarabak ☐ Apnéia do Sono ☐ Análise Facial

MODELOS

- ☐ Modelo de Estudo ☐ Modelo de Trabalho ☐ Placa de Clareamento ☐ Placa de Bruxismo

Escaneamento Intra Oral (Unidade Asa Sul):

- ☐ ESCANEAMENTO SEM IMPRESSÃO ☐ ESCANEAMENTO COM IMPRESSÃO: ☐ Modelo Impresso em 3D
☐ Modelo Impresso em 3D + Placa de Acetato

Marque os Alinhadores:

- ☐ Invisaling ☐ Outros (Informar):

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

UNIDADE CONJUNTO NACIONAL

REGIÃO DE INTERESSE

- ☐ Maxila Total ☐ Mandíbula Total ☐ Dentes Assinalados
☐ ATM Bilateral ☐ Ramo Mandibular (direito/ esquerdo)
☐ Seio Maxilar ☐ Seios da Face



PROTOCOLOS

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ TC Print ☐ Dental Slice ☐ Biotomo/Cirurgia Guiada ☐ TC Siso ☐ Tecido Mole

FINALIDADE DO EXAME

- ☐ Implante Dentário ☐ Dente não irrompido ☐ Dente Supranumerário ☐ Periodontia/ Medidas de Tecido Gengival ☐ Área Patológica
☐ Suspeita de Fratura ☐ Exodontia ☐ Enxerto ósseo ☐ Endodontia/ Trepanação/ Localização de conduto

Observações Clínicas: Exame intrínseco a radiografia na clínica.

Observações Importantes: 2310612

* Os valores informados por telefone, serão confirmados com a apresentação do pedido, quando do atendimento.
* Convênio Odontológico: É necessário apresentar receituário do dentista assinado e carimbado.

Envio dos Exames: ☐ CD ☐ E-mail ☐ Dicom ☐ Dental Slice ☐ Bloco de pedido

www.radiodiagnostico.com.br

Assinatura/Carimbo
Dr. Marcus Mattos Scherre
Periodontia e Implantodontia
CRO/DF 2096 IE 315



595843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/21	4-Data de Autorização 25/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8735983	7-Data Validade da Senha 21/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538871900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAQUELINE PEREIRA DA SILVA XAVIER		14-Telefone 07/02/1984	15-Nome do titular do plano JAQUELINE PEREIRA DA SILVA XAVIER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGISTICO <i>Wenderson</i>	18-Número no CRO 1543 <i>6433</i>	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06691552172	22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY	23-Número no CRO 1543	24-UF DF	25-Código CNES <i>3200531</i>	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		27-Número no CRO 1543	28-UF DF	29-Código CBO S <i>223260</i>	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/06/2021		<i>Rafaela</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/21 <i>Dr. Marli Pascoal</i> Radiologista CRO-DF 1834	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/21 <i>Rafaela</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa 29/06/21
---	--	---

PACIENTE Jaqueline dos Santos Pereira dos Veiros

DENTISTA Dr. Wanderson Mendes Rodrigues
CRO DF 6433

ENDEREÇO PRINCIPAL

E-MAIL DO DENTISTA

FINALIDADE
☐ Inicial ☐ Controle ☐ Retratamento ☐ Final

DATA DO PEDIDO 23/06/22

TELEFONE DO DENTISTA

ODONTOLÓGICO JUNIOR - 904
FENELON
PAGAMENTO NO ATO

Check-Up Odontológico: Panorâmica + Periapicais de todos os dentes + 4 Interproximais

Intra-Orais

Realizado em todas as unidades

Periapicais

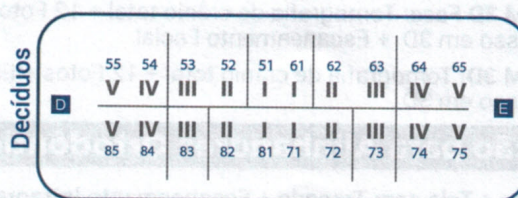
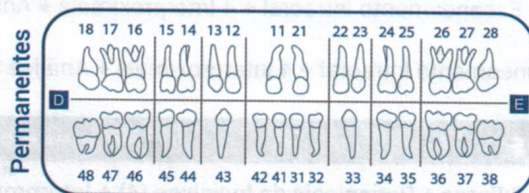
- ☐ Total (14)
☐ Dentes Assinalados

Interproximais (Bite-Wing)

- ☐ Molares (2)
☐ Pré-Molares (2)

Oclusais

- ☐ Maxila (1) ☐ Mandíbula (1)
 Finalidade: _____



Exames intra-oriais com laudo pronto em até 40 minutos, se solicitado na recepção.

Extra-Orais

Realizado em todas as unidades

☒ **Panorâmica** (Laudo em até 40 minutos)

- Complementação: ☐ Interproximais (4)
☐ Periapicais de incisivos (4)

☐ **Panorâmica com Traçado para Implante**

- ☐ **Telerradiografia Lateral**
☐ Com traçado _____

- ☐ **Telerradiografia lateral**
 para avaliação de maturação óssea
☐ **Tele Frontal (P.A.)**

Documentações Especiais

Não realizado em todas as unidades. Informe-se.

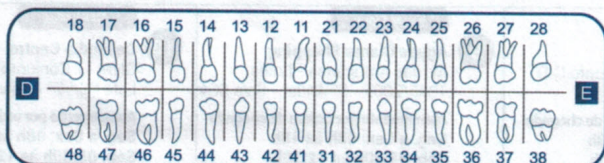
- ☐ **Documentação Estética:** Kit fotográfico estético (26 fotos) + 14 Periapicais + 4 Interproximais

- ☐ **Documentação Perio/Implante:** Kit fotográfico estético (26 fotos) + Panorâmica com mensurações + 14 Periapicais + 4 Interproximais

Tomografia Computadorizada

- ☐ Maxila Total
☐ Mandíbula Total
☐ Dentes Assinalados

Tomógrafos PREXION ou MORITA:
Unidades 1, 2, 4, 6, 10, 11, 21 e 22.
 Tomógrafos ICAT ou outros:
Demais unidades.



Finalidade da Tomografia

- ☐ **Para Implantes** (Realizado em todas as unidades)
☐ **Suspeita de Trinca / Fratura** (Indicamos as unidades 1, 2, 4, 6, 10, 11, 21 e 22)
☐ **Perfuração / Trepanação** (Indicamos as unidades 1, 2, 4, 6, 10, 11, 21 e 22)
☐ **Endodontia** (Indicamos as unidades 1, 2, 4, 6, 10, 11, 21 e 22)
☐ **Dente Incluso** (Realizado em todas as unidades)
☐ **Localização de Supranumerário** (Realizado em todas as unidades)
☐ **Área Patológica** (Realizado em todas as unidades)
☐ **Disjunção Inter-maxilar** (Indicamos as unidades 1, 2, 4, 6, 10, 11, 21 e 22)

Outros Exames Tomográficos

Não realizado em todas as unidades. Informe-se.

- ☐ **Tomo Light:** ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ **Tomo Print:** ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ **Tomo Siso:** ☐ Maxila ☐ Mandíbula
- ☐ **Protocolo Fenelon para Tecidos Moles:** Tomografia de maxila + Análise para Tecidos Moles } ☐ Vestibular ☐ Palatino/Lingual
- ☐ **Protocolo para Cirurgia Ortognática:** Tomografia de crânio total + 1 Foto frontal + Escaneamento intraoral ou modelo digitalizado
- ☐ **ATM Bilateral** (Boca aberta e fechada)
- ☐ **ATM em MIH com Análise VPC** (Verificação de posição condilar)
- ☐ **Seios Maxilares**
- ☐ **Seios da Face**
- ☐ **Crânio Total**
- Deseja receber em algum Software de Manipulação?
☐ Dental Slice ☐ Prexion Viewer ☐ e-Vol Viewer

O arquivo DICOM estará disponível automaticamente na área do dentista no site, juntamente com os demais arquivos do laudo

www.fenelon.com.br

Odontologia Digital

Não realizado em todas as unidades. Informe-se.

Realizamos os fluxos digitais completos para:

Implante Guiado • Protocolo para Implante • Mini Implante • DSD • DSD com Guia Periodontal
 Remoção de Enxerto Palatino • Endoguide • Apicectomia • MARPE • Prototipagem

Para solicitar, acesse: www.fenelon.com.br/odontologia-digital e imprima o pedido adequado para o seu caso.



567855
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/05/2012	4-Data de Autorização 31/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8643955	7-Data Validade da Senha 26/08/2012
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202537565400000101		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano CASSIA LORRANE RODRIGUES MONTEIRO	
13-Nome CASSIA LORRANE RODRIGUES MONTEIRO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CASSIA LORRANE RODRIGUES MONTEIRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODIAGNOSTICO		18-Número no CRO 1543 2096	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06691552172		22-Nome do Contratado Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		23-Número no CRO 1543	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante JOSE AILTON ALVES LOULY		27-Número no CRO 1543		28-UF DF	29-Código CBO S 223260
25-Código CNES 3200531					
025 - Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			31/05/2012		Cassia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/05/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/05/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/05/2012 Dr. Marli Pascoal
Radiologista
CRO-DF 1834

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/05/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /



RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA

radio@radiodiagnostico.com.br
www.radiodiagnostico.com.br

ASA NORTE

CONJUNTO NACIONAL

SDN, Torre Verde, Salas 4005/4007

Cep: 70077-900 Brasília-DF

Fone: (61) 3328-9393

Fax: (61) 3326-7825

Segunda a Sexta: 8h às 19h

Sábado: 8h às 12h

ASA SUL

CENTRO CLÍNICO SUL

SHLS 716, Conj. L, Torre II, Salas 321/323

Cep: 70390-700 Brasília-DF

Fone: (61) 3963-9898

Fax: (61) 3037-9392

Segunda a Sexta: 8h às 19h

Sábado: 8h às 12h

Paciente Láira Corana Rodrigues Montano Fone 9977-7413

D. Nasc. Convênio

Pedido pelo Dr.(a) Marcos Scherrer Fone

Endereço profissional SDN CNB 5/4079 E-mail marcos@radiodiagnostico.com.br

Finalidade do Exame ☒ Inicial ☒ Controle ☐ Final ☐ Outros

EXAMES RADIOGRÁFICOS

- ☒ Periapical Total
☐ Periapical Total com bite-wing
☐ Periapical (Dentes Assinalados)
☐ Interproximais:
Molares ☐ D ☐ E
Pré-Molares ☐ D ☐ E
☐ Oclusal:
Maxila ☐ Mandíbula
☐ Carpal (idade óssea) ☐ P.A. (Telefrontal) ☐ A.T.M.
Localização Topográfica:
☐ Técnica de Clark ☐ Área patológica
☐ Dente retido ☐ Supranumerário
☐ Outros
☐ Panorâmica p/ implante - Região:

☐ Panorâmica



☐ Telerradiografia: ☐ Com traçado ☐ Sem traçado

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

- ☐ 1 pan + tele + modelo + fotos (8)
☐ 2 pan + tele + modelo + fotos (8) + 4 bite wing
☐ 3 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino)
☐ 4 pan + tele + modelo + fotos (8) + periapicais (canino a canino) + 4 bite wing
☐ 5 pan + tele + modelo + fotos (8) + 14 periapicais + 4 bite wing
Análise Cefalométrica:
☐ USP ☐ Tweed ☐ Profis ☐ Bimler
☐ UNICAMP ☐ Steiner ☐ Laverne e Petrovick ☐ USP/UNICAMP
☐ UNESP ☐ Ricketts ☐ Adenóides ☐ Análise de Modelo
☐ MC Namara ☐ Jarabak ☐ Apnéia do Sono ☐ Análise Facial
Fotografias:
☐ Frente/Perfil (2) ☐ Sorriso (1) ☐ Intra Bucal (3) ☐ Oclusais (2) ☐ Overjet (2) ☐ Perfil Aproximado ☐ Close do Sorriso ☐ Harmonização Facial

MODELOS

- ☐ Modelo de Estudo ☐ Modelo de Trabalho ☐ Placa de Clareamento ☐ Placa de Bruxismo
Escaneamento Intra Oral (Unidade Asa Sul):
☐ ESCANEAMENTO SEM IMPRESSÃO ☐ ESCANEAMENTO COM IMPRESSÃO: ☐ Modelo Impresso em 3D
☐ Modelo Impresso em 3D + Placa de Acetato
Marque os Alinhadores:
☐ Invisaling ☐ Outros (Informar):

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

UNIDADE CONJUNTO NACIONAL

REGIÃO DE INTERESSE

- ☐ Maxila Total ☐ Mandíbula Total ☐ Dentes Assinalados
☐ ATM Bilateral ☐ Ramo Mandibular (direito/ esquerdo)
☐ Seio Maxilar ☐ Seios da Face



PROTOCOLOS

- ☐ Maxila ☐ Mandíbula ☐ TC Print ☐ Dental Slice ☐ Biotomo/Cirurgia Guiada ☐ TC Siso ☐ Tecido Mole

FINALIDADE DO EXAME

- ☐ Implante Dentário ☐ Dente não irrompido ☐ Dente Supranumerário ☐ Periodontia/ Medidas de Tecido Gengival ☐ Área Patológica
☐ Suspeita de Fratura ☐ Exodontia ☐ Enxerto ósseo ☐ Endodontia/ Trepanação/ Localização de ☐ Assinalado e Carimbado

Observações Clínicas: Exame ortopantomográfico para avaliação de implantes e seios.

Observações Importantes:

* Os valores informados por telefone, serão confirmados com a apresentação do pedido, quando do atendimento.

* Convênio Odontológico: É necessário apresentar receituário do dentista assinado e carimbado.

Envio dos Exames: ☐ CD ☐ E-mail ☐ Dicom ☐ Dental Slice ☐ Bloco de pedido

www.radiodiagnostico.com.br

Dr. Marcos Mattos Scherrer
Periodontia e Implantodontia
Assinado e Carimbado
CRODF 2096 IE315
27/05/20