

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS - DIGITAIS

- ☐ Radiografia Panorâmica
- ☐ Radiografia Panorâmica em Oclusão
- ☐ Radiografia Panorâmica para Implante com traçado
- ☐ Telerradiografia Lateral
- ☐ Telerradiografia Frontal
- ☐ Mão e Punho - Carpal (para idade óssea)
- ☐ P.A. de Seio Maxilar - Waters
- ☐ P.A. Seios da Face
- ☐ ATM - Lateral 02 posições - Oclusão e abertura máxima

ESCANEAMENTO INTRA ORAL

- ☐ Modelo Impresso
- ☐ STL

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS - DIGITAIS

PERIAPICAIS

- ☐ Boca toda
- ☐ Dentes Assinalados

INTERPROXIMAIS

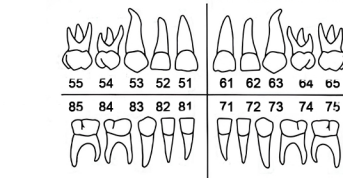
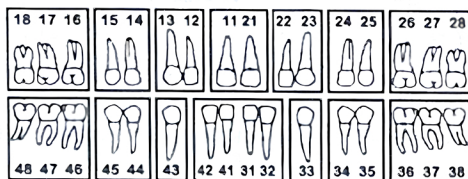
- ☐ Pré Molares
- ☐ Molares

OCUSAIS

- Maxila - ☐ Total
- ☐ Parcial

TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO

Técnica _____ Região _____



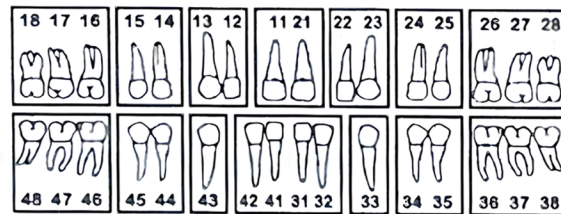
Mandíbula - ☐ Total

☐ Parcial

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM

FINALIDADE

- ☐ Implantes
- ☐ Pesquisa de Fratura
- ☐ Dente Incluso
- ☐ Endodontia
- ☐ Motivo da solicitação
- ☐ ATM
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Outros



DOCUMENTAÇÕES - FÍSICAS OU DIGITAIS

- ☐ Documentação Ortodôntica Simples ☐ Físico ☐ Digital
- Panorâmica • Telerradiografia • 8 fotos • Traçado
- ☐ Documentação Ortodôntica Completa ☐ Físico ☐ Digital
- Panorâmica • Telerradiografia • 8 fotos • Traçado • 2 Periapicais • Escaneamento Intra Oral
- ☐ Documentação para Alinhadores ☐ Físico ☐ Digital
- Panorâmica • Telerradiografia • 8 fotos • Traçado • Escaneamento Intra Oral
- ☐ Documentação Periodontal ☐ Físico ☐ Digital
- Panorâmica • 8 fotos • 14 Periapicais • 4 Interproximais

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

- ☐ USP
- ☐ RICKETTS
- ☐ BIMLER
- ☐ JARABAK
- ☐ FACIAL FRONTAL
- ☐ USP / UNICAMP
- ☐ SCHWARZ
- ☐ UNICAMP
- ☐ TWEED
- ☐ PROFIS
- ☐ FACIAL LATERAL
- ☐ TREVISI
- ☐ MACNAMARA
- ☐ LA VERGNE/PETROVIC
- ☐ ADENOIDES
- ☐ STEINER
- ☐ FRONTAL DE RICKETTS

OUTROS SERVIÇOS

MODELOS

- ☐ Ortodôntico
- ☐ Trabalho

ANÁLISE DE MODELOS

- ☐ Moyers
- ☐ Bolton
- ☐ Discrepância

FOTOS

- ☐ Frente
- ☐ Perfil
- ☐ Sorrindo
- ☐ Overjet

ENVIAR

- ☐ Idoc
- Físico: ☐ Entrega
- ☐ Retirada

- ☐ E-mail: _____
- ☐ Outros: _____

- ☐ Fotos Intraorais
- ☐ Oclusal Maxila
- ☐ Oclusal Mandíbula
- ☐ Corpo Inteiro

A **ODONTOQUEST** oferece confiabilidade, rapidez e profissionalismo aos seus pacientes através de um atendimento humanizado.



Conde Francisco Matarazzo, 38 - Jd Vergueiro
Sorocaba - CEP 18030-010

☎ 15 3224-4477 | 🌐 www.odontoquest.com.br
✉ relacionamento@odontoquest.com.br



Marque seu horário para realização dos exames.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:
Segunda a sexta 8:00-18:00
Sábado 08:00 às 12:00 hs

AGENDAMENTO

Dia: ____ / ____ / ____
Hora: ____ : ____

PACIENTE

Nome: _____

Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ☐ M ☐ F

Telefone: _____

Endereço: _____

PROFISSIONAL

Dr.(a): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ ☐ Enviar Requisições

Os valores dos exames serão confirmados mediante apresentação da requisição.

Nome: _____

Dentista: _____

Data de Entrega: ____ / ____ / ____