





## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

 **(47) 3514-5000**  
 **(47) 99659-4745**

- Para seu maior conforto, queira por gentileza agendar um horário.
- Orçamentos serão confirmados no ato do exame, mediante a apresentação da requisição.

Exame agendado dia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
 Paciente gestante, favor avisar ao marcar o horário.

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Solicitante: \_\_\_\_\_

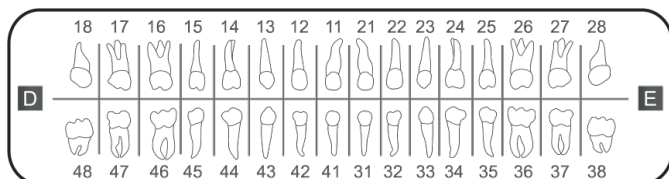
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Data Solicitação: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

# Prototipagem

### PROTOTIPAGENS ( Impressão 3D de áreas de interesse)

Para a realização da prototipagem é necessário a realização prévia da tomografia das regiões de interesse.

- Tomografia de maxila  Paciente já possui a tomografia
- Tomografia de mandíbula
- Tomografia dos dentes assinalados:



### Protótipo

- Maxila direita  Mandíbula do lado direito até o côndilo
- Maxila esquerda  Mandíbula do lado esquerdo até o côndilo
- Maxila total  Mandíbula Total até os côndilos
- Mandíbula do lado direito até a região de trígono retro molar  Um dente isolado (Usado para endodontia ou transplante dentário) – Valor cobrado por dente
- Mandíbula do lado esquerdo até a região de trígono retro molar
- Mandíbula Total até a região de trígono retro molar

### Observações:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo