

OBS.: Atendimento somente com hora marcada e será cobrado o não comparecimento ou avisar 6 hrs com antecedência.



3D DIGITAL - PG - RADIODONTO

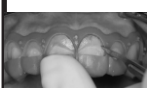
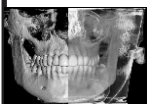
Rua Julia Wanderley, 1239

Fones (42) 3222-2347 / (42) 99989-9896 (WhatsApp)

pgradiodonto@pgradiodonto.com.br

www.pgradiodonto.com.br

Dr. Neolí Nunes da Silva - Radiologista - Especialista e Mestre - CRO 2969



Paciente: _____ Fone: _____

Data Nascimento: _____ E-mail: _____

DENTISTICA:

Planejamento do Sorriso:

- 2D 2D Personalizado
- 3D 3D Personalizado

Mockup: _____ Cor: _____

- Silicone Impressão 3D (shell)

Guia de desgaste Região : _____

Enceramento Virtual dos:

- Virtual Modelo

Faceta Indireta Resina: _____

Restauração posterior Resina: _____

IMPLANTE:

Planejamento para Implantes: _____

Provisórios: _____ Cor: _____

Impressão de componentes : _____

ENDODONTIA:

Planejamento tratamento endodontico: _____

PERIODONTIA:

Planejamento guia periodontal: _____

ORTODONTIA:

- Setup virtual para Alinhadores
- Planejamento para colagem indireta
- Planejamento para Marpe
- Confecção de Marpe
- Confecção de aparelho contenção
 - Superior Inferior

Aparelho do ronco

Aparelhos funcionais: _____

PEDIDOS / OBSERVAÇÕES:

Scaneamento Arquivo STL Scaneamento Invisalign Impressão Resina Impressão Plastica

Tomografia ConeBeam Maxila planejamento

Tomografia ConeBeam Mandibula planejamento

Conversão tomografia para Dental Slice

Protocolo Fotográfico (6 intra + 10 extra)

Enviar Blocos de Requisição Digital.

Enviar Blocos de Requisição Radiologia

Indicação: Dr. (a) _____

Fone: _____

Suas observações e sugestões são importantes:

Data: _____

“ Queremos atendê-lo(a) cada vez melhor.” Obrigado !

“ESTA CLÍNICA É A PIONEIRA NA REGIÃO”

Faça a melhor documentação, os melhores exames para ter o melhor resultado.

(FAVOR TRAZER RG - CPF OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO)

I. PREENCHER EM CASA ANTES DE FAZER OS EXAMES

NOME COMPLETO: _____

NATURAL DE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ EST.: _____ FONE RESID.: _____ Celular.: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

ONDE ESTUDA / TRABALHA? _____

NOME DA MÃE _____ TRABALHO/FONE: _____

E DO PAI _____ TRABALHO/FONE: _____

CONJUGE _____

“NÃO COMER “1 HORA” ANTES DOS EXAMES”

III. FAVOR COMPARECER SEM:

BRINCOS, GRAMPOS, TIARAS, CORRENTES DE PESCOÇO, APARELHOS MÓVEIS BUCAIS, ETC.

IV. AVISAR SE ESTÁ GRÁVIDA.

V. CONVÊNIOS:

INFORME QUAL CONVÊNIO OU PLANO DE SAÚDE, ANTES DOS EXAMES.

VI. PAGAMENTOS ANTES DOS EXAMES.

VII. SUGESTÕES/RECLAMAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DO NOSSO TRABALHO E ATENDIMENTO:

BOM ÓTIMO RUIM

POR QUÊ? _____

“CADA PROCEDIMENTO TEM UM TEMPO DE ENTREGA, FAVOR CONSULTAR A CLÍNICA.”



OBRIGADO POR SUA CONFIANÇA, O NOSSO SERVIÇO É GARANTIDO E CUMPRE AS NORMAS PROFISSIONAIS DE HIGIENE E SEGURANÇA