



Paciente: _____ Nasc: ____/____/____

Dentista: _____

CRO: _____ Tel.: _____

e-mail: _____

CARIMBO

TC CONE BEAM

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sextante ou Dente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Dry Printer |
| <input type="checkbox"/> Maxila Completa | | | | <input type="checkbox"/> CD DICOM |
| <input type="checkbox"/> Mandibula Completa | | | | <input type="checkbox"/> Papel Fotográfico |
| <input type="checkbox"/> ATM (Aberta e Fechada) | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Dental Slice |

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planejamento para Implantes | <input type="checkbox"/> Fratura Radicular | <input type="checkbox"/> Perfuração Radicular |
| <input type="checkbox"/> Elementos retidos | <input type="checkbox"/> Lesão Endodôntica | <input type="checkbox"/> Terceiros molares |

EXAMES RADIOGRÁFICOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ATM (aberta e fechada) | <input type="checkbox"/> Panorâmica |
| <input type="checkbox"/> ATM (aberta, fechada e repouso) | <input type="checkbox"/> Panorâmica c/ complementação |
| <input type="checkbox"/> Interproximais ou Bite-Wings | <input type="checkbox"/> Periapical completo |
| <input type="checkbox"/> Oclusal Inferior | <input type="checkbox"/> Periapical completo c/2BW's |
| <input type="checkbox"/> Oclusal Superior | <input type="checkbox"/> Periapical completo c/4BW's |
| <input type="checkbox"/> PA | <input type="checkbox"/> Tele radiografia de perfil |
| <input type="checkbox"/> Punho e Mão | <input type="checkbox"/> Tele radiografia de perfil c/traçado |
| <input type="checkbox"/> PA c/traçado frontal | <input type="checkbox"/> Tele radiografia de perfil <input type="checkbox"/> 45°D <input type="checkbox"/> 45°E |

- Periapical isolado
- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anatômico | <input type="checkbox"/> Previsão de Erupção 3 ^{os} Molares |
| <input type="checkbox"/> Bimler | <input type="checkbox"/> Profis |
| <input type="checkbox"/> Downs | <input type="checkbox"/> Rickets |
| <input type="checkbox"/> Espaço Naso-Faríngeo | <input type="checkbox"/> Steiner |
| <input type="checkbox"/> Frontal de Rickets | <input type="checkbox"/> Tweed |
| <input type="checkbox"/> Jarabak-Roth | <input type="checkbox"/> Unicamp |
| <input type="checkbox"/> Lavergne-Petrovic | <input type="checkbox"/> USP |
| <input type="checkbox"/> Mcnamara | <input type="checkbox"/> USP-Unicamp |

FOTOGRAFIAS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Extra Frontal | <input type="checkbox"/> Intra Frontal |
| <input type="checkbox"/> Extra Direito | <input type="checkbox"/> Intra Direito |
| <input type="checkbox"/> Extra Esquerda | <input type="checkbox"/> Intra Esquerda |
| <input type="checkbox"/> Extra Sorrindo | <input type="checkbox"/> Oclusal Superior |
| <input type="checkbox"/> Perfil Parcial | <input type="checkbox"/> Oclusal Inferior |

MODELOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudo Zoocalado | <input type="checkbox"/> Documentação Econômica - Digital |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Zoocalado | Pan+complementação - Tele c/3 traçados - Modelos - Imagens |
| <input type="checkbox"/> Trabalho não Zoocalado | <input type="checkbox"/> Documentação Completa - Impressa |
| <input type="checkbox"/> Discrepância de Modelos | Pan+complementação - Tele c/3 traçados - Modelos - 8Fotos |



Centro Avançado de
Diagnóstico por Imagem
100% Digital

**Conte com a qualidade Dental Cadi e
escolha a unidade mais perto de você!**

Copacabana - NOVO ENDEREÇO
Av. Nossa Sra. de Copacabana, 680
Sl. 1001
22050-900

Ipanema
R. Visconde de Pirajá, 318 Sl. 208
22420-001

Taquara
Av. Nelson Cardoso, 1149
Sl. 701/702
Cep. 22730-001

Duque de Caxias (Centro)
R. Mariano Sendra dos Santos, 44
Sl. 309
Galeria Alvarenga
25010-080

Nova Iguaçu (Centro)
R. Dr. Getúlio Vargas, 87
Sl. 1014
26255-060

Central de Marcação de Exames (2ª a 6ª feira, 8h – 18h e Sáb, 9h – 13h):

2672-0835 – 3005-5506 – 3005-9561 – 3685-9191



facebook.com/DentalCADI



+55 21 99985-0835



linkedin.com/company/dental-cadi



dentalcadi.com.br/blog

www.dentalcadi.com.br

dentalcadi@dentalcadi.com.br



baixe nosso app!