

NITERÓI
Rua da Conceição, 95/1601
City Hall - Centro
Tel.: (21) 3022-2423

ALCÂNTARA
Rua João Caetano, 52
Sala 408
Tels.: (21) 2614-4815 / 3474-5515

SÃO GONÇALO
Rua Coronel Rodrigues, 422
Sala 811 - Centro
Tel.: (21) 2712-0785

REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOGRÁFICO														ENVIAR REQUISIÇÃO													
Para:																											
Dr. (a) :														Data Nasc.: / /													
End.:														Tel.:													
E-mail:																											
<input type="checkbox"/> Enviar por E-mail																											
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28														55 54 53 52 51 61 62 63 64 65													
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38														85 84 83 82 81 71 72 73 74 75													

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM LAUDO
TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO
08 FOTOGRAFIAS (EXTRAORAIS - INTRAORAIS - OCLUSAIS)

Escolher traçado: _____

Documentação enviada no CD	<input type="checkbox"/> R\$ 65,00
Documentação impressa	<input type="checkbox"/> R\$ 75,00
Documentação impressa com Modelo Simples	<input type="checkbox"/> R\$ 90,00
Documentação impressa com Modelo Zocalado	<input type="checkbox"/> R\$ 110,00
Radiografia Panorâmica	<input type="checkbox"/> R\$ 45,00
Periapical Unitário	<input type="checkbox"/> R\$ 30,00
Periapical Completo	<input type="checkbox"/> R\$ 90,00
Radiografia de ATM	<input type="checkbox"/> R\$ 50,00

Motivo do Exame: _____

Atendimento por ordem de chegada.

Seg. à Sex. - 9:00 às 12:30 e 13:30 às 18:00
Sábado - 9:00 às 12:00