



Rua Conde de Bonfim, 344 / Rua Santo Afonso, 215
 sala 509 - Bloco 01 - Tijuca
 Rio de Janeiro - RJ - Tels.: (21) 4106-0760 / ☎98260-0552
 www.exameradiologiaoral.com.br

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)

RADIOGRAFIA PANORÂMICA Impressa	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA Via e-mail	R\$ 65,00	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA Impressa s/ Modelo	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA Impressa c/ Modelo Zocalado	R\$ 180,00	<input type="checkbox"/>
RADIOGRAFIA PERIAPICAL UNITÁRIA	R\$ 30,00	<input type="checkbox"/>
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR SEGMENTO Dental Slice	R\$ 140,00	<input type="checkbox"/>
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR SEGMENTO c/ laudo	R\$ 160,00	<input type="checkbox"/>
RADIODÔNTICA (Periapical Completo)	R\$ 140,00	<input type="checkbox"/>
RADIODÔNTICA + Bite - Wings	R\$ 180,00	<input type="checkbox"/>

TABELA DE SERVIÇOS PREÇOS PROMOCIONAIS
PAGAMENTO EM DINHEIRO

Ass: _____

Motivo do Exame: _____

Atendimento por ordem de chegada.
Seg. a Sex. - 9:00 às 12:30 e 13:30 às 18:00 - Sábado - 9:00 às 12:30