

PARA USO INTERNO

At: _____ Pgto: _____

Entregar Retirar Data: ____/____/____

WEB:

Molde: _____ Scan: _____

Foto (): _____ RX: _____

PP: _____ TOMO: _____

OBS.: _____

AUTORIZO ENCAMINHAR O EXAME VIRTUALMENTE SIM NÃO

Nome por Extenso _____

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Horários: Para todos os exames é necessário chegar com 10 minutos de antecedência ao horário agendado;

Preços: Os valores informados por telefone serão confirmados com a apresentação deste pedido, quando do atendimento;

Radiografias e Tomografias: Deverão ser retirados brinços, piercings e correntes;

Convênios atendidos: Sul América, Saúde Caixa, SoluMedi e Uniodonto (Agendamento com no mínimo 24h de antecedência).

Conveniados SUL AMÉRICA e SAÚDE CAIXA - Será necessário o pedido do dentista em receituário próprio timbrado, constando o nome completo do paciente, exames a serem realizados, carimbo e assinatura do dentista solicitante para a realização dos exames.

POR QUESTÕES DE SEGURANÇA, CRIANÇAS NÃO PODEM ACOMPANHAR ADULTOS DURANTE O EXAME. SUSPEITA DE GRAVIDEZ, FAVOR COMUNICAR AO AGENDAR O EXAME.



Unidade Vila Adyana

R. Eng. Prudente Meireles Morais, 787

Unidade Vale Sul Shopping - Espaço Saúde

Av. Andrômeda, 227 - Lojas 258 e 259

São José dos Campos/SP

Central de Atendimento

☎ (12) 3924.2800



Unidade Vila Adyana
R. Eng. Prudente Meireles Morais, 787

Unidade Vale Sul Shopping - Espaço Saúde
Av. Andrômeda, 227 - Lojas 258 e 259

São José dos Campos/SP

Central de Atendimento

☎ (12) 3924.2800

SOLICITAÇÃO DE EXAME

DADOS DO PACIENTE

Horário para agendamento de 2ª a 6ª-feira, das 08h00 às 19h00. Sábado das 08h00 às 12h00
Atendimento somente com hora marcada

Nome: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Tel. Contato: _____

**DESCONTOS PARA EXAMES SEM IMPRESSÃO,
RECEBA DIGITAL**



ORIENTAÇÃO AO PACIENTE (VIDE VERSO)

Encaminhamos o (a) paciente acima mencionado (a) para realização do exame abaixo assinalado:

Panorâmica Periapicais Com Laudo Sem Laudo

Com Laudo Sem Laudo Dentes: _____

Com Traçado Levantamento Completo

Documentação Modelo Digital Conversão STL

Básica Completa Padrão Com Impressão Sem Impressão

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CONE BEAM) - **ALTA RESOLUÇÃO (J. MORITA X800)**

Maxila Total Mandíbula Total Parcial - Região: _____

Outros Exames _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Recebido por: _____

Nome por extenso

Enviar solicitação de exame