

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Telefone: _____

- Radiografias periapicais de todos os dentes inclusive regiões desdentadas
- Radiografias periapicais somente dos dentes existentes
- Radiografias periapicais dos dentes assinalados
- Técnica de localização (Clark)

			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
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
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

- Radiografias Interproximas (Bite-Wing)
- Direito
- Pré-molares
- Esquerdo
- Molares

- Radiografia Panorâmica
- Boca semi-aberta
- Oclusão dentária
- Radiografia Transfacial (ATM em 4 posições)

Obs: _____

- Laudo Radiográfico
- Enviar exame via e-mail
- Enviar bloco de pedidos

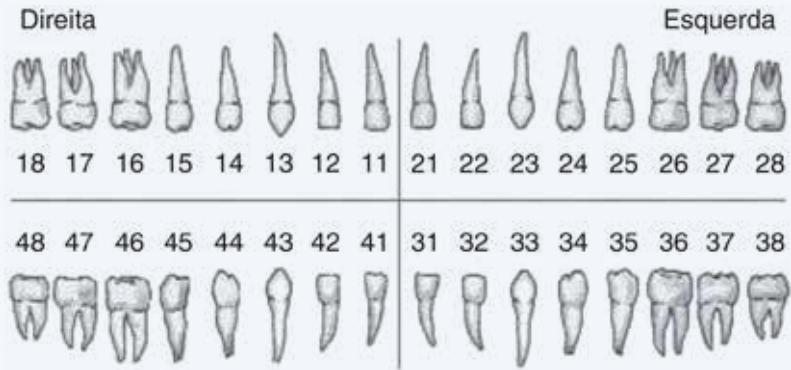
Solicitação do(a) Dr(a).: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Data: _____

Tomografia Computadorizada por feixe cônico

Assinalar área de interesse



Especificações do Exame:

- Maxilar Mandíbula
 Até 2 dentes Até 4 dentes Até 6 dentes Total

Finalidade do Exame:

- Implantodontia Periodontia Ortodontia
 Cirurgia Patologia Endodontia
 ATM: Boca aberta Boca semi-aberta Boca fechada

Justificativa do exame: _____

Obs: _____

- Dental Slice Enviar por e-mail