

REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOGRÁFICO

ENVIAR REQUISIÇÃO

Para:

Dr. (a) : _____ Data Nasc.: ____ / ____ / 20

End.: _____ Tel.: _____
 Entregar no Consultório

Enviar por E-mail

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
 85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

Com laudo

- Periapical de um ou mais dentes (assinalar na grade acima)
- Periapical completo com Bite-wing S/ Bite-Wiing
- Bite-Wing (Interproximal) Pré-Molar Molar Direita Esquerda
- Método de Clark para localização (3 periapicais) (assinale a grade acima)
- Panorâmica Oclusão Cêntrica Traçado p/ Implante
- Panorâmica com complementação Incisivos Bite wing
- ATM Quatro Tomadas
- Oclusal Superior Inferior Mento-Naso Fronto-Naso
- Punho e mão finalidade ortodôntica Idade óssea Curva de Crescimento
- Celalométrica 45% Direita Esquerda
- Cefalométrica de perfil sem traçado com traçado
- Cefalométrica AP PA Frontal de Ricketts

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADENÓIDE | <input type="checkbox"/> BIMLER | <input type="checkbox"/> DELMANTO | <input type="checkbox"/> DOWNS | <input type="checkbox"/> IBEO | <input type="checkbox"/> IWOA |
| <input type="checkbox"/> JARABACK - ROTH | <input type="checkbox"/> MCNAMARA | <input type="checkbox"/> PROFIS | <input type="checkbox"/> RICKETTS | <input type="checkbox"/> ROCABADO | <input type="checkbox"/> SASSOUNI |
| <input type="checkbox"/> SCHWARS | <input type="checkbox"/> STEINER | <input type="checkbox"/> TREVISI | <input type="checkbox"/> TWEED | <input type="checkbox"/> TWEED-PR | |
| <input type="checkbox"/> UNESP | <input type="checkbox"/> UNICAMP | <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> UNICAMP/USP | | |

- Modelo de estudo Gesso Modelo de trabalho
- CD Pasta Discrepância de modelo Análise de Bolton

FOTOS:

- Fotografia extra-oral Frente Frente sorriso amplo Perfil direito Perfil esquerdo
- Fotografia intra-oral Frente Perfil direito Perfil esquerdo Oclusal superior Oclusal inferior

Ass: _____

Motivo do Exame: _____

* Convênio necessita de requisição com carimbo, data e assinatura do dentista.

* Os preços fornecidos por telefone serão confirmados mediante a apresentação da requisição.