



Paciente: _____ Data Nasc.: _____ Data: _____

Dr. (a): _____ Tel.: _____ E-mail: _____

Descreva o motivo da solicitação do exame ou suspeita de diagnóstico:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CONE BEAM)

CD Software Dental Slice

Mandar bloco de pedido

IMPLANTODONTIA:

Maxila

Mandíbula

Obs.: Região dente (s): _____

ORTODONTIA:

Avaliação das corticais vestibulares e linguais

Localização de dente não irrompido ou supranumerário

Pesquisa de patologias / lesões / fraturas ósseas

Terceiros molares

Outra região: _____

ATM:

Avaliação morfológica e funcional
(boca aberta e fechada)

CIRURGIA:

Localização de dente retido ou supranumerário

Pesquisa de patologia / lesões / fratura óssea

Terceiros Molares

Outra região: _____

ENDODONTIA:

Pesquisa de fratura dentária / radicular

Pesquisa de perfuração / trepanação radicular

Pesquisa de rebsorção interna / externa / apical

Pesquisa de presença de corpo estranho

Outra região: _____

PERIODONTIA:

Avaliação de perda óssea alveolar

Avaliação de envolvimento endoperiodontal

Avaliação de região de furca radicular

Dente / Região: _____

TOMODENTAL Tomografia Cone Beam

Av. Cardoso Moreira, 841 - Sala 413 / 414

Edifício C.C.E.I. - Centro - Itaperuna-RJ (ao lado do Banco do Brasil)

Telefone: (22) 3824-4450

Whatsapp: (22) 99823-6775