

# TOMOGRAFIA CONE BEAM



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: \_\_\_\_\_

Whatsapp: (22) 99823-6775