



cros
radiologia odontológica

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA TOMOGRAFIA CONE BEAM 3D ESCANEAMENTO INTRAORAL

Av. Tiradentes, 491, Centro | São João del-Rei | CEP 36307-346
(32) 3372-3600 | (32) 99923-6452 | crossjdr@hotmail.com

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Dr(a): _____ Tel: _____

Radiografias **Periapicais** de todos os dentes irrompidos ou não

Radiografias **Periapicais** de todos os dentes

Radiografias **Periapicais** dos dentes assinalados

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

55 54 53 52 51

61 62 63 64 65

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

85 84 83 82 81

71 72 73 74 75

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIREITO

ESQUERDO

PANORÂMICA DIGITAL

PANORÂMICA DIGITAL PARA IMPLANTES

Semi-aberta Semi-aberta Com traçado na região de _____

OCLSAIS

- Maxila
 Mandíbula
 Região

BITE WING

- Molares
 D E
Pré-Molares
 D E

MÉTODOS DE LOCALIZAÇÃO

- Técnica de Clark
 Outros _____
 Laudo

RAIO-X SOMENTE POR E-MAIL



cros
radiologia odontológica

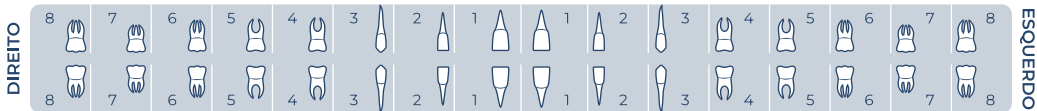
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA TOMOGRAFIA CONE BEAM 3D ESCANEAMENTO INTRAORAL

Av. Tiradentes, 491, Centro | São João del-Rei | CEP 36307-346
(32) 3372-3600 | (32) 99923-6452 | crossjdr@hotmail.com

Paciente: _____

Indicação: _____

Assinale abaixo o número e a respectiva região para o planejamento de implantes:



T.C. Maxila

- Até 2 dentes
- Até 4 dentes
- Até 6 dentes
- Total
- Avaliação de enxerto ósseo
- Avaliação de área doadora

T.C. Mandíbula

- Até 2 dentes
- Até 4 dentes
- Até 6 dentes
- Total
- Avaliação de enxerto ósseo
- Avaliação de área doadora

T.C. ATM Bilateral

- Boca aberta
- Boca fechada
- Boca semiaberta

T.C. Seios da Face

- Para avaliação de seios da face

Dicom

- Enviar em dicom

T.C. Dental Slice

- Maxila
- Mandíbula

Justificativa do exame: _____