



serviço odontológico de radiologia especializada

R. T.: Dr^a Luciene Monteiro de Oliveira

CRO - MG 16276

Rua Inglaterra, 767 - Contagem - CEP 32340-130

Tel.: (31) 3351-2629

E-mail: soreraiox@yahoo.com.br

www.clinicasore.com.br

Paciente: _____

Data nasc.: ____/____/____ Telefone: _____ Data: ____/____/____

Dr(a): _____

E-mail: _____ Tel.: _____

ENVIAR LAUDO RADIOGRÁFICO

I - INTRA - BUCAIS

DIREITO

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

ESQUERDO

- PERIAPICAIS Dentes ou regiões assinaladas
 Todos os dentes
 Todos os dentes inclusive áreas adêntulas
 Com tela milimetrada

- BITE - WING Molares Direito
 INTER PROXIMAL Premolares Esquerdo

- OCLUSAIS Maxila TÊC. CLARK
 Mandíbula Localização
 Região _____ dente _____

II - EXTRA - BUCAIS

- PANORÂMICA Boca semi-aberta
 Em oclusão dental USP/UNICAMP
 Steiner - Tweed
 Bimler
 Profis
 MacNamara
 Ricketts
 Lavergne - Petrovic
 Adenóides
 Sassouni
 Jarabac
 USP / UNICAMP SIMPLIFICADA
- Cefalometria Computadorizada
- Sem Traçado

- Telerradiografia (PA)
 Seios da face
 Idade Óssea (punho e Mão)
 ATM - 6 Tomadas
- 4 Tomadas
- 3 fotos (frente / perfil / sorriso)
 1 foto perfil sorriso
 3 fotos intra-bucal
 2 fotos oclusais (superior / inferior)
 1 foto over-jet

MODELOS ORTODÔNTICOS

FICHAS CLÍNICAS C/ PASTA

DOCUMENTAÇÃO EM CD

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA

OBS.: _____

Este pedido não vale como receituário. Quando for convênio a solicitação deverá ser feita em papel timbrado da clínica ou dentista solicitante datado, assinado, com carimbo, CRO e nome completo do paciente.

PARA DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA MARCAR HORÁRIO PELO TEL.: (31) 3351-2629
Horário de Atendimento de 8:00 às 18:00hs - Sábado de 8:00 às 12:00hs.