



CENTER X - TOMOGRAFIA E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Dr. Dalvo Antônio Cardoso

RADIOLOGISTA
CROMG Nº 10.236

Praça Floriano Peixoto, 201 - 2º Andar - Fone: (37) 3351-1767 - Arcos/MG - www.centerxradiologia.com.br

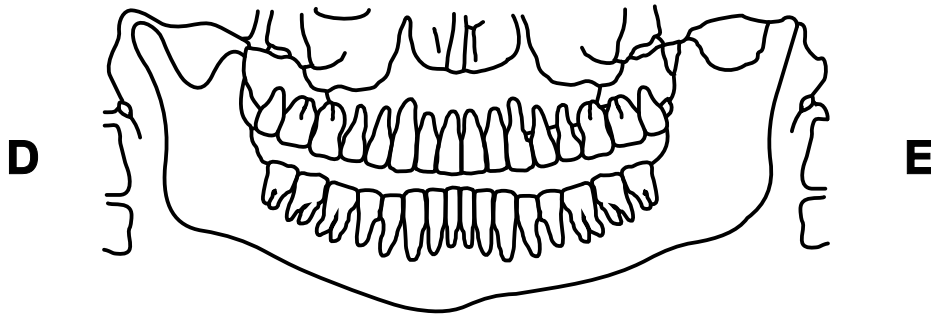
REQUISIÇÃO DE TOMOGRAFIA:

Paciente: _____

Endereço: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Tel.: _____ Cidade: _____ Estado: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO



FINALIDADE DO EXAME

Implantodontia / Periodontia

Maxila

- Completo Parcial 2 4 6 Dentes
 Guia cirúrgico

Mandíbula

- Completo Parcial 2 4 6 Dentes
 T.C. Zigomático

Cirurgia / Patologia

- Dente incluído / Supranumerário Fratura de face Lesões intraósseas

Endodontia

- Fratura dentária Dilaceração radicular Perfuração radicular Lesão do periápice

ATM

- D E Boca Aberta Boca Fechada Boca Semiaberta Morfologia Fratura Patologia

Ortodontia

- Avaliação de posicionamento dentário Avaliação das tábuas ósseas vestibular / palatino ou lingual
 Fissura palatina Disjunção palatina

Otorrinolaringologia

- T.C. Seios Maxilares / Seios da Face

Prototipagem Rápida

- Modelo Translúcido Resina Acrílica Modelo Branco Opaco de Gesso

Mandíbula Segmento _____

Maxila segmento _____

Outras Indicações _____

Justificativa do Exame _____

Solicitação do(a) Dr.(a): _____

E-mail: _____ Cidade: _____

Tel.: _____ Data: ____/____/____