



CENTER X - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL

Dr. Dalvo Antônio Cardoso
RADIOLOGISTA - CROMG Nº 10.236

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

REQU S ÇÃO PE R¼P OýR¼õ ¼S:

Paciente: _____ Data Nasc.: _____

INTRA BUCAIS

PER ¼P Ý¼ S:

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						

- P+r)/1(c)l²s/m1+s²(m)rc)²c/m)
- Con+²Lon-o²(! 4c.²1)r)l/smo)
- Con+²Curto²(! 4c.²/ss+tr/z)
- Com²+!)²m/l/m+tr)d)
- P+r)/1(c)l²s+r)²(todos²os²d+nt+s²/rrom1/dos²ou²não)
- ! 4cn/c²d+²Loc)l/z)çãc²(3²tom)d)s)

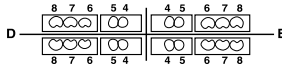
EXTRA BUCAIS

- P¼NORÂMÍY¼ Pm oclusão
- TPLPRR¼DIOýR¼õ¼ DP PPRõIL D¼ õ¼ÝP Doça semiaberta
- Yom tela milimetrada

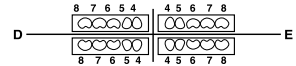
INTERPROXIMAIS:

(Bite - Wing)

FILME (3 x 4)



FILME (2,5 x 5,5)



OCLSAIS:

- Total
- Direito
- Esquerdo
- Laudo

- ¼V¼LI¼ÇÃO DOS SPIOs D¼ õ¼ÝP } P.¼. MPNTONÁSIO
- P.¼. õRONTONÁSIO
- PPRõIL

- ¼XI¼L
- ¼TM (l incidências, transcraniana)
- ¼TM (º incidências, transcraniana)
- Ý¼RP¼L (mão e punho)
- Publicação na WPD
- Laudo

Solicitação do(a) yr. (a): _____

E-mail: _____