

POR FAVOR LIGAR PARA MARCAR O EXAME

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Data Nasc.: _____

End.: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Data da solicitação
do exame

____ / ____ / ____

Envio de exame
para consultório

DADOS DO PROFISSIONAL

Dr(a): _____ Especialidade: _____

End.: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Solicito bloco de
requisição

EXAME TOMOGRÁFICO ESPECIALIZADO

Tomografia para implantes (região) _____ C/ Panorâmico

Obs.: _____

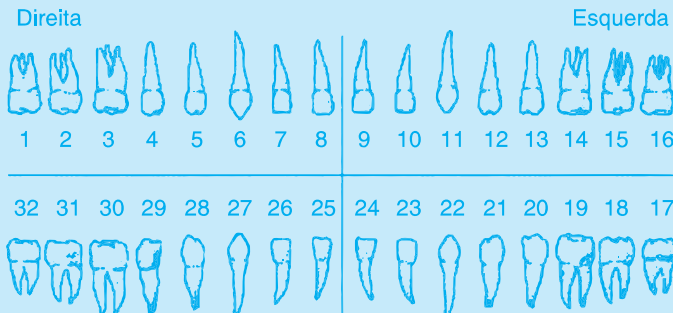
- Modelo de estudo Prototipagem Dicom/CD Dental Slice
- Localização dente incluso e ou supranumerário _____
- Análise de vias aéreas Avaliação de espessura cortical óssea vestibular e lingual/palatina
- Pesquisa de fratura radicular (região) _____ Área Patológica

OUTRA PESQUISA (ESPECIFICAR) _____

ATM

- Tomografia para ATM Boca aberta Boca fechada Panorâmica esp. p/ ATM

ASSINALE NO ODONTOGRAMA OS DENTES A SEREM RADIOGRAFADOS



UNIDADE QUIXADÁ

Rua Rodrigues Junior, 1034 • Centro • Quixadá

Rua Epitácio Pessoa

São Geraldo

R. Clarindo de José

Rua Moreno

Rua do Côrte

Tv. Tiradentes



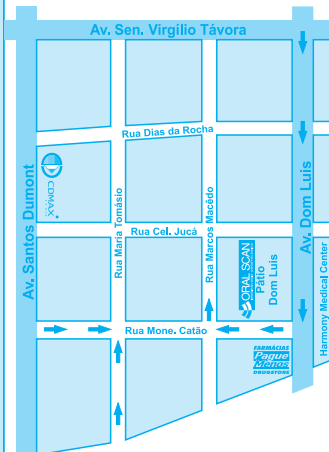
CE-265

R. Rodrigues Júnior

(88) 3412.3513

UNIDADE ALDEOTA

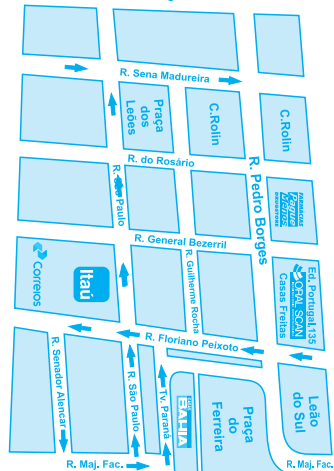
Rua Marcos Macêdo, 1333 • S/1016
Pátio Dom Luis, Torre II • Aldeota



Fone: (85) 3215.4663

UNIDADE CENTRO

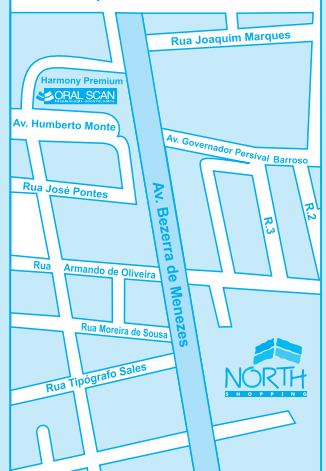
Rua Pedro Borges, 135 • S/304
Ed. Portugal • Centro



Fone: (85) 3099.6644

UNIDADE PARQUELÂNDIA

Av. Humberto Monte, 2929
Ed. Harmony Premium, 8º Andar, Sl. 820 Norte



Fone: (85) 3879.3972