



Requisição de Exames Resumida

Tel.(11) 5543-8198 / 5543-6311 / 5543-7051

e-mail: unirad.imagem@gmail.com

Rua Barão do Triunfo, 1756. Campo Belo- São Paulo- SP

Nome do paciente: _____

Indicação do(a) Dr(a): _____ fone _____

Documentação Ortodôntica padrão Cd

D1) Documentação Ortodôntica Completa

Análise Cefalométrica: _____

D2) Documentação Ortodôntica Simplificada

Serviços Complementares: _____

E1) Estudo Periodontal

E2) Estudo para Implantodontia

E3) Estudo Ortognático

Radiografias Intra-Buciais padrão Cd email

P10) Levantamento Periapical Completo

com ampliação

P32) Interproximais dos dentes: _____

com laudo

P33) Periapicais dos dentes: _____

Radiografias Extra-Buciais padrão Cd email

P29) Telerradiografia lateral com análise de: _____ manual

P31) Telerradiografia frontal com análise frontal de Ricketts

Radiografias Panorâmicas padrão Cd email

P1) Radiografia Panorâmica

com laudo

P11) Radiografia Panorâmica para Implantes

ATM Digitais padrão Cd email

P4) ATM lateral em uma posição

P5) ATM Pósterio-Anterior em uma posição

P6) ATM lateral em duas posições: MIC e abertura máxima

Tomografia Computadorizada em filme em papel fotográfico em CD (software _____)

Finalidade: _____

Região dos elementos _____

Região de ATMs _____

Outros Exames
