

Paciente: _____

Data de nascimento: _____ Tel: _____

Dr(a): _____ Cro: _____

Tel. Dr(a): _____ E-mail: _____

Favor enviar mais requisições

EXAMES

Radiografia Panorâmica Padrão

Tomografia Computadorizada Cone Beam

Maxila completa ATM (Boca aberta e fechada)

Mandíbula completa Dental Slice

Região dos dentes assinalados:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Objetivos do exame: _____



Horário de atendimento:

Segunda a Sexta: das 08:00h às 17:30h

*Atendimento com hora marcada.

Tomografia Computadorizada Cone Beam
Radiografias Panorâmicas Digitais
Radiografias Periapicais e Interproximais Digitais



Rua Maxaranguape, 621, Tirol - Natal - RN
Medical Center, 5° andar, Sala 503, Cep 59020-160
Tel. (84) 3211-8070 | Cel. (84) 98169-8070.
www.oralimagemnatal.com.br

Edifício em Frente ao Hospital Casa de Saúde São Lucas