

## Ao Centro de Imagem

Paciente: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.

Solicito os exames do paciente supra citado, para planejamento ortodôntico.

Exames:

1) Radiografia Periapical de todos os dentes.

2) Radiografia Panorâmica.

3) Telerradiografia Lateral.

4) Análise Cefalométrica (USP).

5) Fotografias Extraorais:

- Face frontal,
- Frontal com sorriso,
- Perfil lateral direito em 90°.

5) Fotografias Intraorais:

- Frontal,
- Oclusal superior,
- Oclusal inferior,
- Lateral direita,
- Lateral esquerda,
- Overjet,
- Curva de Spee.

6) Modelo de Estudo Digitalizado.

Me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Favor enviar por escrito o laudo dos exames solicitados.

Local/Data/Ano: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

CRO \_\_\_\_\_.