

Ao Centro de Imagem

Paciente: _____

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

Exames:

1) Radiografia Periapical dos Incisivos.

2) Radiografia Panorâmica.

3) Telerradiografia Lateral.

4) Análise Cefalométrica (USP).

5) Fotografias Extraorais:

- Face frontal,
- Frontal com sorriso,
- Perfil lateral direito.

5) Fotografias Intraorais:

- Frontal,
- Oclusal superior,
- Oclusal inferior,
- Lateral direita,
- Lateral esquerda,
- Overjet.

Me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Favor enviar por escrito o laudo dos exames solicitados.

Local/Data/Ano: _____, _____, _____.

Assinatura: _____.

CRO _____.