



NIKKEI
Radiologia Odontológica

Rua Estevoa L. de Azevedo, 1720 Centro
Tel: (16) 92000-7500
CEP: 13.250-750 / Franca-SP
www.nikkeiodonto.com.br
nikkei@nikkeiodonto.com.br
nikkeiodontologia nikkeiodonto

Unidade II
R. Rio Amazonas, 1066
(em frente ao Franca Shopping)
Tel: 3703-2500
para PACIENTE: 16 99986-2500
para DENTISTA: 16 99689-0025

DADOS DO PACIENTE

Nome: Luiza Helena Lafalco
Data de Nascimento: 02.01.1995 Fone: (16) 99293-6542

Motivo da Solicitação

Nos diga qual diagnóstico e detalhamentos que você precisa para o seu paciente:

Extração de terceiros molares

Dados do Profissional

Dra. KAROLINNE BELOTI SILVA

Rua Couto Magalhães 1715, Centro - Franca/SP

Fone: (16) 92000-9708

E-mail: Belotodontologia@gmail.com

Dra. Karolanne Beloti Silva

Clínica Dentista
CRP-SP 154201



Exames



On-Line



Impressa

Panorâmica ☒

- ☐ Semi-aberta ☒ Com laudo
☐ Em oclusão ☐ Sem laudo
☐ Para implante com traçado

Oclusais ☐

- ☐ Maxila Total
☐ Mandíbula Total

Carpal ☐

- ☐ Mão e Punho
Curva de Crescimento

Periapical ☐

- ☐ Boca toda
☐ Dentes assinalados
☐ Técnicas de localização (Clark)
☐ Com laudo ☐ Sem laudo

Telerradiografia ☐

- ☐ Lateral com traçado
☐ Lateral sem traçado
☐ Frontal {PA}

Interproximal ☐

- ☐ Pré Molares ☐ D ☐ E
☐ Molares ☐ D ☐ E

ATM ☐

- ☐ 4 posições
☐ 6 posições

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

○ Essencial para Você: Tomografia

Marque a Região Desejada

- ☐ ATM ☐ Seios da face ☐ Ouvido ☐ Vias Aéreas ☐ Cabeça Toda

Maxila

- ☐ Total ☐ Região Assinalada { 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

Mandíbula

- ☐ Total ☐ Região Assinalada { 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

Qual o Motivo do Exame?

- ☐ ENDODONTIA
☐ IMPLANTES
☐ PARA SUSPEITA DE FRATURA TRINCA
☐ PERFURAÇÃO / TREPARAÇÃO
☐ PERIODONTIA
☐ DENTES INCLUSOS
☐ 3° MOLARES
☐ PATOLOGIA
☐ EXTRANUMERÁRIO

Ass. Entrega: _____ Data: _____

- ☐ Vem Buscar
☐ Entrega no Consultório
☐ Enviar exame Online

Recepção	Comando	Moldagem	Laboratório	Preparo
P1	P2 P3	P4 P5	P6 P7	P8 P9 P10 P11 P12 P13 P14 P15