

CENTRAL DE AGENDAMENTO

(47) 3121 9282

(47) 3121 9273



(47) 9 8816 2494

PARA SUA COMODIDADE,
AGENDE SEU HORÁRIO:

Data: ____/____/____ às ____ h ____

Pacientes gestantes favor avisar a clínica ao marcar horário;
Valores informados por telefone serão confirmados no ato do exame.

joinville@contrasteradiologia.com



contraste

radiologia odontológica

Paciente: _____

Gustavo Diego de Souza Rosa Rocha

Solicitado por: _____

Oral Univ Greguani

Telefone do profissional: _____

(47) 3305 - 7868

E-mail do profissional: _____

Finalidade do exame, histórico e observações: _____

Tomografia Hemimandibular a direita

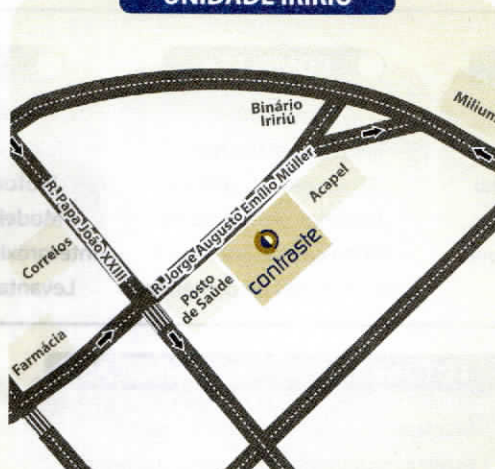
SOLICITAÇÃO DE EXAME

FORMAS DE ENTREGA: ☐ Impresso ☒ Site/aplicativo

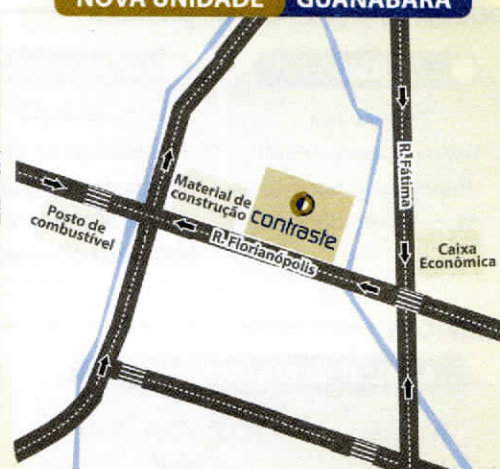
UNIDADE CENTRO



UNIDADE IRIRIÚ



NOVA UNIDADE GUANABARA



RADIOGRAFIAS INTRA-BUCAIS

PERIAPICAIS

- ☐ Dentes assinalados
- ☐ Levantamento periapical
- ☐ Método de localização (Técnica de Clark)

INTERPROXIMAIS (BITE-WING)

- ☐ Molares ☐ Direito
- ☐ Pré-molares ☐ Esquerdo

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

- ☐ Panorâmica
- ☐ Panorâmica especial ATM
- ☐ Telerradiografia lateral
- ☐ Telerradiografia frontal
- ☐ Carpal - mão e punho (idade óssea)
- ☐ P.A. para seios da face