



C.I.R.O.

Diagnóstico Odontológico
por Imagem

Dr. Fabiano S. Vaz de Campos
CRO 6348 - Radiologista

Dr. Juliano Martins Bueno
CRO 5855 - Radiologista

Data do pedido:

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO OU CITOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Sexo:

Masculino

Feminino:

Profissão:

Telefone:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

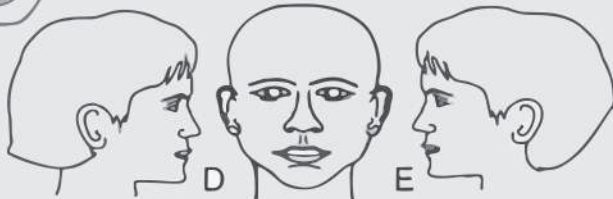
Solicitante:

CRO:

Telefone:

Data:

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

*Em caso de lesão óssea, favor encaminhar também o exame radiográfico