



Av. Brasil, 1851 - Funcionários, Belo Horizonte/MG
 CEP: 30104-002 - Tel.: 31. 3262.0935
 R. Matias Cardoso, 63 - Sl.: 1001/1002, Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG
 CEP.: 30170-050 - Tels.: 31 3292-5751 / 99378-3157

www.rxdigital.com.br
 contato@rxdigital.com.br

Paciente: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Fone: (____) _____

Dr.(a) Solicitante: _____ Data: ____/____/____

Endereço da Clínica: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: (____) _____

EXAMES DIGITAIS

Película Internet CD Laudo Radiológico DOC. INVISALIGN

- Periapical paralelismo
 Dentes presentes
 Dentes irrompidos ou não

DIREITO	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	ESQUERDO
	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	

- Bitewing Direito
 Esquerdo

- Oclusal Maxilar
 Mandíbula
 Região _____

- Fotografias Foto frente
 3 Fotos intra-bucais
 2 Fotos oclusais (sup./inf.)
 Foto perfil () D () E
 1 Foto sorriso
 Perfil 45° () D () E

Modelo de estudo padrão

Ficha clínica com pasta

- Panorâmica Boca semi-aberta
 Em oclusão dental
 Com traçado

- Telerradiografia de perfil
 Sem Traçado
 Traçado computadorizado
 Sassouni Rickets
 Steiner Wigglegram
 Mcnamara Roth-jarabak
 Lavergne Bimler
 Petrovic Adenóides
 USP Erupção de 3º molares
 Tweed USP | UNICAMP
 Profis _____

- Telerradiografia frontal
 Com traçado frontal de rickets
 Sem traçado

- Telerradiografia de perfil em 45°
 Direita
 Esquerda

- Radiografia de punho e mão esquerda
 Idade óssea (análise e curva de crescimento computadorizados)

- A.T.M.
 4 Incidências
 6 Incidências

- Seios da face
 Documentação digital
 Internet
 CD

OBS.: _____

PARA DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA, FAVOR MARCAR HORÁRIO.

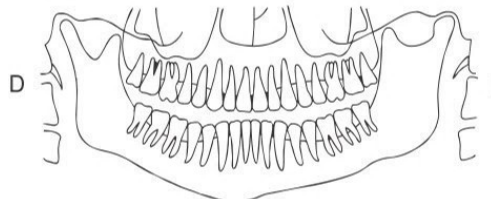
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO

Impressão em papel A4

Impressão em filme CD

ÁREA DE ANÁLISE

Assinale a área de interesse



Finalidade do Exame: _____

IMPLANTE

Região: _____

- Avaliação de enxertos ósseos
 Imagens DICOM
 Dental Slice
 Guia Cirúrgico

DIAGNÓSTICO | AQUISIÇÃO

- Maxila
 Mandíbula
 Zigomático
 Região: _____

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

- Localização de Dente
 Incluso / Supranumerário
 Região: _____
 Patologia (pesquisa e delimitação)
 Reconstrução 3D (Software Dental Slice)
 Pesquisa de Fratura
 Região: _____

SEIOS DA FACE

- Seios maxilares
 Seios frontais

PROTOTIPAGEM

- Maxila
 Mandíbula
 Cirurgia Guiada (enviar guia com 3 pontos)

A.T.M.

- Aberta
 Fechada
 Semi-aberta

ENDODONTIA

- Pesquisa de Fratura e/ou Perfuração Radicular
 Avaliações de Lesões
 Elemento(s) _____



R/T: Henrique Costa Duarte Lanna
 CROMG 15119 - CLM 1990

Horário de
 atendimento

De segunda a sexta das 08h às 18h
 Sábado das 08h às 12h