

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CONE BEAM

- Maxila Total Mandíbula Total Parcial (Especificar as regiões)

Região: _____

Motivo: _____

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

- Impressão 3D do Guia Cirúrgico Ortognático

Envie o arquivo digital do Guia Cirúrgico para realização da impressão.

- Prototipagens

Tomografia da Região de interesse + Produção de Biomodelo + Impressão 3D.

- Maxila Mandíbula Parcial

ENDODONTIA

- Endo Guide 3D

Tomografia do(s) Dente(s) _____

+ Escaneamento Intraoral + Planejamento Virtual + Impressão 3D.

AO PACIENTE

- Caso haja suspeita de gravidez, favor comunicar ao agendar o exame.
- Caso esteja com objetos metálicos tais como, brincos, colares ou piercing, pedimos a gentileza que os retire enquanto aguarda ser chamado(a) para o exame.



Aponte a câmera do seu celular para o **QR CODE e acesse o mapa**

Av. Tívoli, 400
Vila Betânia
São José dos Campos - SP
CEP 12.245-230

Segunda à Sexta
8h às 19h

Sábado
8h às 13h



**AZ RADIOLOGIA
E DIAGNÓSTICO
ODONTOLÓGICO**

☎ 12 2212.0300

☎ 12 98198.7750

📷 @azradiologia

www.azradiologia.com.br

Paciente: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____

Data Exame: ____ / ____ / ____

Dr. (a): _____

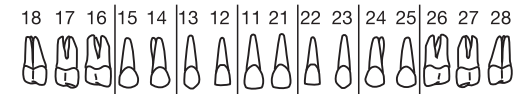
Motivo do Exame: _____

Enviar Solicitação de exame

CONVÊNIO: Comparecer com receituário do dentista em papel timbrado, assinado, carimbado e com o nome completo. Este pedido não é válido para convênio.

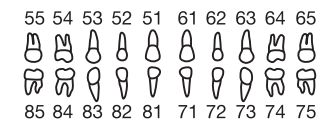
RADIOGRAFIA INTRA ORAL

- Periapicais Unitárias (assinaladas)

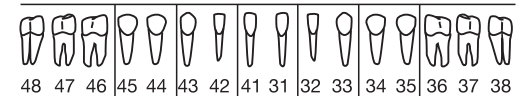


- Periapicais dos Arcos Dentários

- Superior Inferior



- Interproximais



Observações: _____

ORTODONTIA

- Documentação Ortodôntica Digital** Traçados: _____
Panorâmica, Telerradiografia com Traçados, Fotos Intra e Extra Oraís, Escaneamento Intra Oral e Modelos 3D Digitais. _____
- Apenas Online** (ServerOdonto) **Impressão 3D do Modelo Digital**
- Documentação Protocolo SYM** _____
- Alinhadores** _____ **Guia para Mini Implantes**
- Protocolo MARPE**
- Outro:** _____
- Enviar para Laboratório:** _____

MODELOS

- Estudo** **Análise de Modelo** _____
- Trabalho**

RADIOGRAFIA EXTRA ORAL

- Panorâmica Digital** **Com Laudo** **Sem Laudo**
- ATM** (4 incidências) **Mão e Punho** **Idade Óssea** **Curva de Crescimento**

TELERRADIOGRAFIA

- Lateral** **c/ traçado** (assinalar análise cefalométrica) **s/ Traçado**
- Frontal** **c/ traçado** (frontal de Ricketts) **s/ Traçado**

Anotações do Profissional: _____

IMPLANTODONTIA

- Guia Cirúrgica Total**
- Maxila** **Mandíbula** do paciente com a Prótese + Tomografia da Prótese + Planejamento Virtual + Impressão 3D.
Obs. A prótese deve estar com marcadores radiopacos.
- Guia Cirúrgica Parcial**
- Maxila** **Mandíbula** do paciente + Escaneamento Intraoral + Planejamento Virtual + Impressão 3D.
- Regiões que irão receber Implantes:** _____
- Sistema de Implante utilizado:** _____

PRÓTESE DENTÁRIA

- Planejamento do Sorriso 2D:**
Panorâmica + Protocolo Fotográfico + Planejamento
- Planejamento do Sorriso 3D:** **Impressão do Modelo Encerado**
Panorâmica + Protocolo Fotográfico + Escaneamento Intraoral + Enceramento Digital
- Dentes Envolvidos no Planejamento:** _____

ESCANEAMENTO

- Indicações:** **Enceramento Digital** **Prótese sobre Dente**
- Placa Oclusal** **Escaneamento Facial** **Prótese sobre Implante**
- Laboratórios / Empresa:** _____

PERIODONTIA

- Guia Periodontal**
Tomografia da Região _____
+ Protocolo Fotográfico + Escaneamento Intraoral + Planejamento Virtual + Impressão 3D