

UNIDADES

Unidade Matriz São Bernardo do Campo

Resp. Técn.: Dra. Julia M. M. Monari | CROSP: 24982 / CROCL: 6003



Rua Anchieta, 77 Rudge Ramos
Whatsapp: 11 95558-5551
(somente para mensagem de texto)

Unidade Filial São Bernardo do Campo

Resp. Técn.: Dra. Aluana Maria C. Dal Vechio | CROSP: 90310 / CROCL: 10989



Avenida Paulo Afonso, 335 Centro
Whatsapp: 11 97268-5151
(somente para mensagem de texto)

Unidade Filial Santo André

Resp. Técn.: Dr. Marcelo Takeshi Yoshizawa | CROSP: 50963 / CROCL: 8673



Rua Campos Sales, 490 - 8º andar
Whatsapp: 11 96473-5111
(somente para mensagem de texto)

Central de Agendamento de Escaneamento Intra-oral

WhatsApp: 11 99883-8761
(somente para mensagem de texto)



Central de Agendamento de Exames
11 4337-4337

Horário de Funcionamento:

Segunda a Sexta: 8h às 18h / Sábado: 8h às 12h

www.radiunsat.com.brE-mail: contato@radiunsat.com.br**radiunsat**

Radiologia e Tomografia Computadorizada

ATENÇÃO



Solicitamos que traga o receituário do dentista assinado, carimbado e com data inferior a 30 dias. Documento pessoal com foto e a carteirinha.

Esta requisição não serve para atendimento de convênios.



Os exames ficarão disponíveis por 90 dias. Após esse período, os exames só estarão disponíveis em formato digital.



radiunsat



radiunsat



ATENÇÃO



Orçamentos por telefone, estão sujeitos a confirmação na recepção, mediante solicitação do Dentista.



Solicitamos 2 horas de jejum para exames que contenham moldagem.



Solicitamos sempre uma boa escovação antes dos procedimentos radiográficos.



Em caso de suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, consultar seu médico antes da realização dos exames.

SOLICITAÇÃO DE EXAME

**radiunsat**

Radiologia e Tomografia Computadorizada



Central de Agendamento de Exames
11 4337-4337

Esta requisição não serve para atendimento de convênios.

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Data de nascimento: _____

Telefone: _____ Celular: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Dr. (a): _____ CRO: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Especialidade: _____

E-mail para cadastro: _____

OBSERVAÇÃO**● ENVIAR REQUISIÇÕES**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA

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

☐ Maxila Completa

☐ Mandíbula Completa

☐ Mandíbula Completa + Ramo

☐ Tomografia por Região (**marcar região e colocar finalidade**)

☐ Mensuração Óssea para Colocação de Implante

☐ com Medidas

☐ sem Medidas

☐ Tomografia Volume Total Estendida

PROTOCOLO DE IMAGEM

☐ Tomografia Dental Slice de Fusão

☐ Tomografia para Zigomático

☐ Tomografia de Seios Maxilares

☐ Tomografia de Seios Paranasais

☐ Tomografia Gengivoplastia

☐ Tomografia Protocolo DORA

CIRURGIAS GUIADAS

☐ Tomografia para Cirurgia Guiada

(Tomografia (DICON) + Escaneamento intraoral (STL))

☐ Maxila

☐ Mandíbula

Envio dos arquivos para: _____

☐ Tomografia Dual Scan

(Necessário que o paciente traga guia/prótese com marcações em guta percha)

☐ Maxila

☐ Mandíbula

Envio dos arquivos para: _____

☐ Tomografia para Cirurgia Guiada Endodôntica

(Tomografia (DICON) + Escaneamento intraoral (STL))

Especifique o dente: _____

Envio dos arquivos para: _____

TOMOGRAFIA DE ATM

☐ ATM 2 POSIÇÕES Boca Aberta e Boca Fechada

SERVIÇOS

☐ Digital

☐ Impressão em Filme

☐ Impressão em Papel

☐ SAT Express (Seu exame disponível em um prazo menor)

Rua Anchieta, 77 Rudge Ramos - SBC

TOMOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO J. MORITA X800



ENDODONTIA/ PERIODONTIA/ CIRURGIA ORAL

☐ Estudo da Atresia

☐ Estudo de Canal Acessório

☐ Estudo de Odontometria

☐ Estudo de Fratura Radicular

☐ Estudo de Fratura Dentária

☐ Estudo de Lesão/Patologia/Furca

☐ Estudo de Perfuração/Trepanação

☐ Estudo Periodontal

☐ Estudo de Dente Incluso

☐ Estudo de Fratura Óssea

☐ Dilaceração Radicular

ORTODONTIA/ODONTOPEDIATRIA/ORTOPEDIA

☐ Localização Dentes/Supranumerário (assinale odontograma)

☐ Disjunção Palatina

☐ Protocolo MARPE

☐ Tomografia Invisalign

☐ Tomografia Angel Aligner

SOFTWARE/ ARQUIVOS/ VISUALIZADORES

☐ One Volume Viwer (Visualizador J Morita)

☐ DICON

☐ I-CAT Vision

☐ Estudo Dental Slice

☐ OnDemand

IMPORTANTE: FINALIDADE DO EXAME

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PROTOTIPAGEM

Entre em nosso site:
www.radiunsat.com.br
e imprima sua requisição para prototipagem

Avenida Paulo Afonso, 335 Centro - SBC

RADIOGRAFIAS EXTRA-BUCAIS

PANORÂMICA DIGITAL

☐ Padrão

☐ em Oclusão

☐ com Traçado Anatômico para Implante

TELERRADIOGRAFIA DIGITAL

☐ Lateral (filme 20x25)

☐ Frontal

☐ ATM 2 POSIÇÕES Boca Aberta e Boca Fechada

INTRA-BUCAIS DIGITAIS

PERIAPICAIS

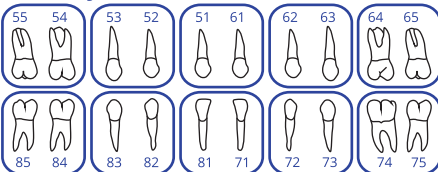
☐ Completa

☐ Arco Superior

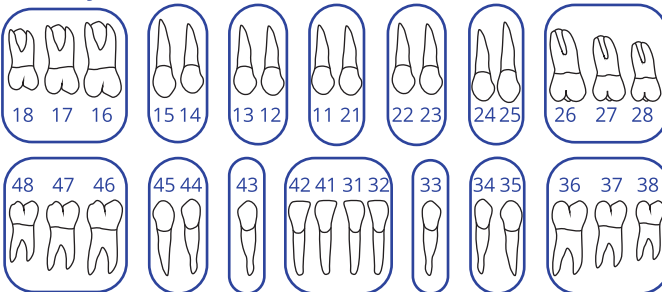
☐ Arco Inferior

☐ Ampliada 200%

DENTIÇÃO DECÍDUA



DENTIÇÃO PERMANENTE



INTERPROXIMAIS

☐ Molares

☐ Pré-Molares

TÉCNICAS DE LOCALIZAÇÃO

☐ Região _____

RADIOGRAFIA OCLUSAL

☐ Superior

☐ Inferior

ESCANEAMENTOS

☐ Escaneamento STL

☐ Escaneamento Invisalign IDS: _____

☐ Escaneamento Esthetic Aligner (EAR-Placa Ronco/ Apnéia)

☐ Impressão Modelo 3D sem base

☐ Impressão Modelo 3D com base

DOCUMENTAÇÕES

☐ RADIUN PARA ALINHADORES (Panorâmica, Telerradiografia Lateral, uma Análise Cefalométrica, 08 Fotos e Escaneamento intraoral).

☐ RADIUN INVISALIGN (Panorâmica, Telerradiografia Lateral, uma Análise Cefalométrica, 08 Fotos, Escaneamento Intraoral). IDS: _____

☐ RADIUN PERIODONTAL (Panorâmica, Periapical Arcos - Completos, Interproximais, Modelo de Estudo, 03 Fotos Intrabucais, Pasta Cartão e Caixa PVC).

☐ RADIUN ORTOPÉDICA (Panorâmica, Telerradiografia Lateral, uma Análise Cefalométrica, 06 Fotos. Modelo de Estudo, Modelo de Trabalho, Pasta e Caixa PVC).

☐ RADIUN COMPLETA (Panorâmica, Telerradiografia Lateral, uma Análise Cefalométrica, Telerradiografia Frontal com Análise, 06 Fotos, Modelo de Estudo, Discrepância de Modelos, Pasta e Caixa PVC.)

☐ RADIUN BÁSICA (Panorâmica, Telerradiografia Lateral, uma Análise Cefalométrica, 06 Fotos, Modelo de Estudo, Pasta e Caixa PVC).

☐ RADIUN DIGITAL (Panorâmica, Telerradiografia Lateral, uma Análise Cefalométrica, 06 Fotos, Modelo Digital).

☐ RADIUN PERSONALIZADA

DOC PADRÃO DR.(a): _____

FOTOS

☐ Frente

☐ Perfil

☐ Sorriso

☐ Intrabucais

☐ Oclusal Superior

☐ Oclusal Inferior

☐ Corpo Inteiro (traje de banho)

☐ Overbite

☐ Overjet

MODELOS

☐ Estudo

☐ Modelo Digital

☐ Trabalho

☐ Discrepância de Modelos

☐ Estudo e Trabalho

ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

☐ UNICAMP

☐ USP/UNICAMP

☐ USP

☐ RICKETTS

☐ ÍNDICE VERT

☐ MCNAMARA

☐ LAVERGNE/PETROVIC

☐ ROCABADO

☐ ROCABADO(7ª vertebra)

☐ BRUSTONE

☐ ALEXANDER

☐ FRONTAL DE RICKETTS

☐ BIMLER

☐ PROFIS

☐ TREVISI

☐ JARABAK

☐ SASSOUNI

☐ SCHWARTZ

☐ PADRÃO SEREO

☐ ERUPÇÃO 3º MOLARES

☐ ADENÓIDE

☐ STEINER

☐ TWEED

☐ DOWS

☐ DELMANTO

☐ VALIERI

☐ APNÉIA DO SONO

Rua Campos Sales, 490 8º Andar - Santo André