

Ziacom Medical SL
Calle Búhos, 2
28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
Tfno.: +34 91 723 33 06
info@ziacom.com - www.ziacom.com
C.I.F.: B-84115195 | VAT No.: ESB-84115195

Data da cirurgia:

N.º de historial:

Dados do Médico/a: Nome: _____ Apelido: _____

Contacto: Telefone: _____ E-mail: _____

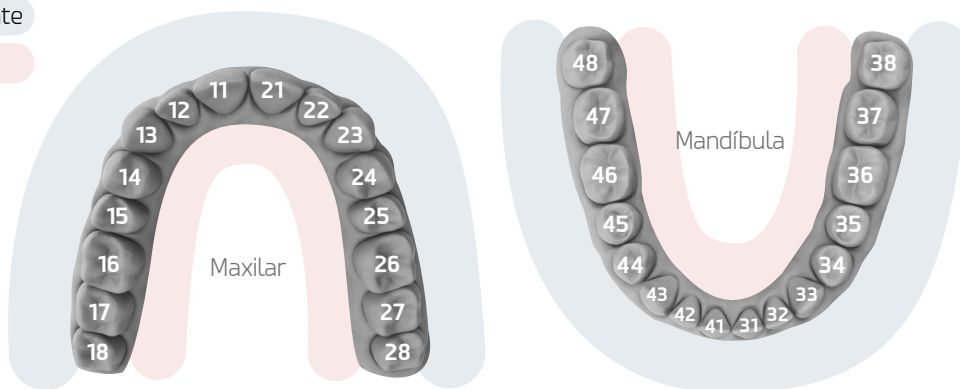
Morada: Rua/Andar/Av.: _____

N.º: _____ Portal: _____ Andar: _____ Distrito: _____

Localidade: _____ C.P.: _____

Odontograma

- Localização do implante
- Extração dentária



Localização dos implantes

Peça n.	Implante	Diâmetro	Comprimento
---------	----------	----------	-------------

TIPO DE GUIA PEDIDA

Fechada



Aberta



Aplicável



OBSERVAÇÕES

INFORMAÇÃO ENVIADA PARA A ZIACOM®3D

Scanner intraoral (Formato .STL)

Ficheiro DICOM

MATERIAL ADICIONAL

IMPORTANTE: O serviço prestado pelo centro de simulação Ziacom®3D não substitui, em nenhum caso, o serviço profissional qualificado de um odontologista /estomatologista na realização de diagnósticos, prognósticos e planos de tratamento.

· Os prazos para a realização da simulação serão de 2 dias úteis a partir da receção completa de todos os ficheiros necessários. Após a validação da simulação, a guia será enviada num prazo de 3 dias para a morada indicada na Ficha de Encomenda, salvo indicação expressa do requerente.

· O envio deste documento preenchido, bem como a validação do caso por correio eletrónico, implica a aceitação dos mesmos por parte do médico e/ou odontologista.

· Nenhum trabalho será realizado sem a assinatura de aceitação da simulação por parte do médico requerente.

Em _____, a _____ de _____ de 20____.

N.º da Ordem:

ASSINATURA