

DOCUMENTAÇÕES ODONTOLÓGICAS

MARCAR HORÁRIO
NECESSÁRIO JEJUM DE 03 HORAS

- DOCUMENTAÇÃO PERSONALIZADA PADRÃO
- DOCUMENTAÇÃO DIGITAL (sem impressão)
Panorâmica, telerradiografia com traçado, 06 fotos e escaneamento intra oral.
- DOCUMENTAÇÃO SIMPLIFICADA
Panorâmica, telerradiografia com traçado, 06 fotos e impressão 3D de modelos em filamento
- DOCUMENTAÇÃO JÚNIOR
Documentação Ortodôntica Simplificada + 02 Fotografias Oclusais e discrepância de modelo.

COMPLEMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES

- INCLUIR PASTA E CAIXA PLÁSTICA
- INCLUIR ARQUIVO DIGITAL (DVD)
- INCLUIR ANÁLISE FACIAL

PARA INCLUSÃO DE OUTROS EXAMES COMO:

- FRONTAL
- ESCANEAMENTO (INVISALIGN)
- ÍNDICE CARPAL
- PERIAPICAIS, ETC.

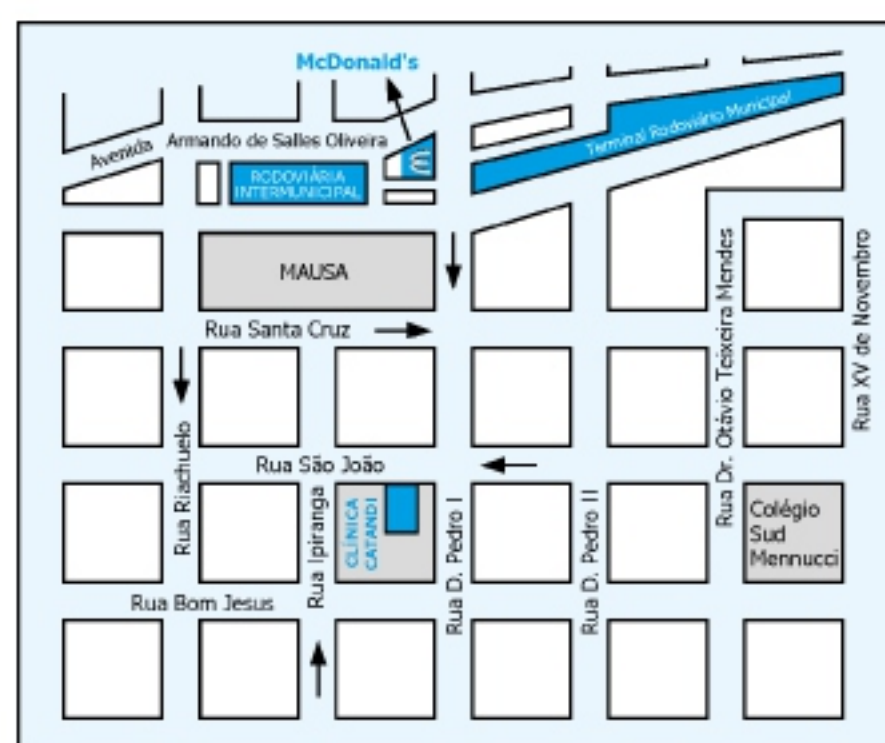
FAVOR ANOTAR NAS PÁGINAS SEGUINTE.

- DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL
Panorâmica, periapical dos arcos dentários (total), 04 inter-proximais, 13 fotografias e impressão 3D de modelos em filamento.

ANÁLISES E TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> USP | <input type="checkbox"/> TREVISI | <input type="checkbox"/> SASSOUNI | <input type="checkbox"/> STEINER |
| <input type="checkbox"/> MCNAMARA | <input type="checkbox"/> UNICAMP | <input type="checkbox"/> PROFISS | <input type="checkbox"/> PETROVIC |
| <input type="checkbox"/> DOWNS | <input type="checkbox"/> BIMLER | <input type="checkbox"/> RICKETTS | <input type="checkbox"/> ANÁLISE NASO-FARINGEANA |
| <input type="checkbox"/> SCHWARZ | <input type="checkbox"/> TWEED | <input type="checkbox"/> JARABAK | <input type="checkbox"/> OUTRA |

Mapa de Localização



RADIOLÓGICO

PANORÂMICA (NÃO PRECISA AGENDAMENTO)

- Panorâmica
- Com 02 periapicais dos anteriores Com traçado

TELERRADIOGRAFIAS

- Telerradiografia Lateral PHF PNC
- Telerradiografia Frontal (P.A.) Com traçado padrão



INTRA - ORAIS

- Periapicais Região Total Unitária (anotar a região no odontograma)
- Inter-proximais Pré-molares Molares
- Oclusais Maxila Mandíbula
- Região: _____ Região: _____
- Técnica de localização na região de _____

Informações Importantes:

- Durante o exame, deverá ser retirado todos os objetos da região da cabeça e pescoço, (Brincos, piercing, correntes, presilhas, próteses e aparelhos móveis).
- Gestantes ou com suspeita de gravidez deverão, inicialmente, consultar o seu médico e nos comunicar antes do atendimento.
- Atendimento com hora marcada.

FAVOR MARCAR HORÁRIO PARA OS EXAMES

Horário de atendimento:
2ª a 5ª feira: 8:30 às 11:00 - 13:30 às 17:00
6ª feira: 8:30 às 11:00 - 13:30 às 16:00



CLÍNICA CATANDI DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Rua São João, 1.419 - CEP 13416-585
PIRACICABA - SP - Fone (19) 3422-4868
WhatsApp (somente texto): (19) 99190.0244
e-mail: recepcaocatandi@uol.com.br

TOMOGRAFIA LINEAR DA ATM Norma Lateral - 2 posições Norma Lateral - 4 posições

MÃO E PUNHO Com idade óssea e surto de crescimento

MODELOS DE TRABALHO EM GESSO Fotocópia e discrepância de modelo

ESCANEAMENTO INTRAORAL Invisalign

- Arquivo Digital (.STL) Impressão 3D em Filamento

FOTOGRAFIAS

- PHF PNC
- Frente e Perfil (02) Sorriso Frente (01) Oclusais (02)
- Intra-buciais (03) Sorriso Perfil 45° (01) Corpo inteiro (04)
- Face Lingual (03) Face Palatina (03) Face Vestibular (03)

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS AUXILIARES AO DIAGNÓSTICO



CLÍNICA CATANDI DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente	Data
Indicação Dr. (a):	Telefone

Finalidade do Exame:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA | <input type="checkbox"/> ORTODONTIA | <input type="checkbox"/> IMPLANTE | <input type="checkbox"/> PRÓTESE |
| <input type="checkbox"/> DENTÍSTICA | <input type="checkbox"/> ENDODONTIA | <input type="checkbox"/> PERIODONTIA | <input type="checkbox"/> CONTROLE |