

CONTRATO DE SERVIÇO

Carimbo do Responsável

Data de entrada ...../...../.....

Data de moldagem ...../...../..... Material: .....

Data de entrega ...../...../..... Local de entrega: .....

Clínica / Dentista : .....

Aluno / Outro: .....

Paciente: .....

*As informações preenchidas corretamente, são necessárias para um serviço com qualidade e prazo.*

Descrição do trabalho: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

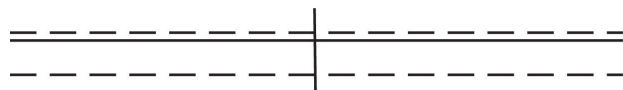
.....

.....

.....

.....

.....



Liga metálica: .....

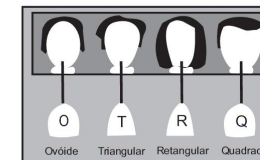
Valor da liga utilizada por grama: ..... Peso do serviço: .....

Devolvido para o dentista o total de gramas: .....

Obs: Diferenças de peso entre o informado e o recebido são em função da confecção do serviço, durante as fundições, cortes e acabamentos.

Escala usada na seleção de cores: .....

Cor dominante dos dentes: ..... Idade: ..... Sexo: .....



Superfície do dente:  Lisa  Média  Rugosa  Ovóide  Retangular

Brilho do dente:  Pouco  Médio  Muito  Triangular  Quadrado

Caracterizações: .....

.....

PRÓTESE SOBRE IMPLANTES

- PF 1  Overdenture  Parafusado  Unitários
- PF 2  Protocolo  Cimentado  Splintados
- PF 3

COMPONENTES

- Enviados pelo dentista  Fornecido pelo laboratório

Marca: ..... Diâmetro : .....

Obs.: .....

.....

ANEXOS

- Antagonista  Registro da R. C.  Molde do Provisório  Gengiva Removível
- Articulador  Caixa do Art.  Moldeira  Pote
- Chaves  Análogo  Abutment  Slides
- Fotos  Parafusos  Disquetes  CD Rom
- Transferente

Obs.: .....

.....

PRÓTESE REMOVÍVEL

Palato  Rosa  Transparente  STG / Cor: .....

Placa de dentes:  Nacional  Importada Marca: .....

Flexite: cor da gengiva: ..... Com peça de Roach:  Sim  Não

VALOR DO SERVIÇO

Serviço Autorizado para Confecção

Assinatura do Cliente/Carimbo .....

Agradecemos a confiança que nos foi depositada com o envio deste serviço.

Téc. Resp. João Emídio  
CRO RJ TPD n° 3 1010-4