



Contrato de Serviço

Clínica/Dentista: _____

Aluno/Outro: _____

Paciente: _____

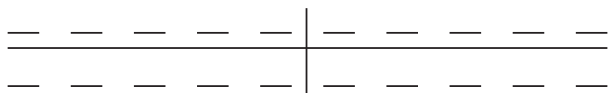
As informações preenchidas corretamente são necessárias para um serviço com qualidade e entregue no prazo.

Descrição do trabalho:

Data de entrada: __/__/__

Data de moldagem: __/__/__ Material: _____

Data de entrega: __/__/__ Local de Entrega: _____



Liga metálica: _____

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

Devolvido para o dentista o total de gramas: _____

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: _____



Ovoide Triangular Retangular Quadrado

Superfície do dente: Brilho do dente:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lisa | <input type="checkbox"/> Pouco |
| <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Médio |
| <input type="checkbox"/> Rugosa | <input type="checkbox"/> Muito |
| <input type="checkbox"/> Ovoide | <input type="checkbox"/> Triangular |
| <input type="checkbox"/> Retangular | <input type="checkbox"/> Quadrado |

Caracterizações: _____

Prótese sobre implantes:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PF 1 | <input type="checkbox"/> Protocolo |
| <input type="checkbox"/> PF 2 | <input type="checkbox"/> Parafusado |
| <input type="checkbox"/> PF 3 | <input type="checkbox"/> Cimentado |
| <input type="checkbox"/> Overdenture | <input type="checkbox"/> Unitários |
| <input type="checkbox"/> Splintados | |

Componentes:

- Enviados pelo dentista
- Fornecido pelo laboratório

Marca: _____

Diâmetro: _____

Obs.: _____

Anexos:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antagonista | <input type="checkbox"/> Registro de R.C. | <input type="checkbox"/> Molde do provisório | <input type="checkbox"/> Gengiva removível |
| <input type="checkbox"/> Articulador | <input type="checkbox"/> Caixa do articulador | <input type="checkbox"/> Moldeira | <input type="checkbox"/> Pote |
| <input type="checkbox"/> Chaves | <input type="checkbox"/> Análogo | <input type="checkbox"/> Abutment | <input type="checkbox"/> Slides |
| <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Parafusos | | <input type="checkbox"/> CD-Room/pen-drive |
| <input type="checkbox"/> Transferente | <input type="checkbox"/> fotos do paciente enviadas via e-mail/WhatsApp | | |

Obs.: _____

Prótese removível:

Palato: Rosa Transparente STG/Cor: _____

Placa de dentes: Nacional Importada Marca: _____

Flexite: _____ Com peça de roach:

Cor da gengiva: _____ Sim Não

VALOR DO SERVIÇO: _____

Serviço autorizado para confecção. Assinatura do cliente/carimbo: _____

1ª via - Laboratório | 2ª via - Arquivo | 3ª via - Dentista