

Ordem de Serviço

Data de Envio: ____/____/____

☐ Enviar Prova

☐ Enviar Pronto

Data de Entrega: ____/____/____

(Sempre agendar com laboratório)

Nome da Clínica: _____

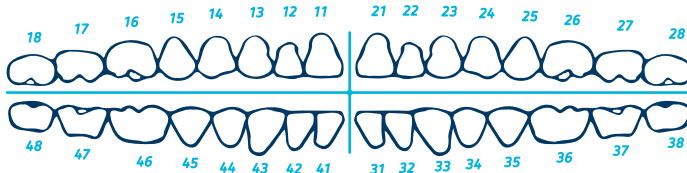
Dentista Dr(a): _____

Paciente: _____

Idade: _____

Cor: _____

Dentes de acrílico/marca: _____



Serviço Solicitado: _____

Primeira Prova: _____

Segunda Prova: _____

Terceira Prova: _____

Obs: _____

Assinale o que acompanha este formulário:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Modelo Antagonista | ☐ Registro de Mordidas | ☐ Modelo de estudo | ☐ Componentes _____ |
| ☐ Modelo Sólido | ☐ Modelo dos Provisórios | ☐ Articulador | ☐ Implante _____ |
| ☐ Modelo Troquelado | ☐ Moldeiras | ☐ Fotos ☐ CD/Pendrive | <small>especificar componentes e quantidades</small> |
| ☐ Modelo Totais | ☐ Gengiva | ☐ Potes | ☐ Outros _____ |
| | | | <small>especificar componentes e quantidades</small> |

ATENÇÃO! O correto preenchimento deste formulário facilitará a execução do trabalho.

e-mail para envio das imagens:

producao@santolinlab.com.br

Cor da Gengiva: _____

Cor dominante: _____

Cor do remanescente: _____

Cor da Escala: _____

NÃO ESQUECER DE ENVIAR:

REGISTRO DE MORDIDAS, MODELO DOS PROVISÓRIOS, MODELO ANTAGONISTA E MODELOS TOTAIS