



ORDEM DE SERVIÇO

CONTROLE DO DENTISTA

PACIENTE _____

SERVIÇO: _____

ENVIADO AO LABORATÓRIO: _____ / _____ / _____

RETORNO AO CONSULTÓRIO: _____ / _____ / _____

Alameda Benevento, n° 608
2° e 3° andar - Itaigara - Salvador - Bahia
CEP: 41.830-595 | Tel: 71 3354.1997
www.centralprotese.com.br



ORDEM DE SERVIÇO

VIA DO LABORATÓRIO

Dr.(a) _____

PACIENTE: _____

SERVIÇO: _____

N° DO PROTOCOLO _____

MATERIAIS ENVIADOS AO LABORATÓRIO

DESCRIÇÃO	QUANT.
Articulador	_____
Antagonista	_____
Caixa de articulador	_____
Casquete de moldagem	_____
Componentes Implante	_____
Fotos via e mail	_____
Fotos impressas	_____
Modelo de estudo	_____
Modelo de trabalho	_____
Moldeira	_____
Registro oclusal	_____
Outros	_____

CARACTERÍSTICA DO PACIENTE

TIPO
DE ROSTO



- JOVEM
- ADULTO
- IDOSO

COR PRINCIPAL: _____

CERVICAL: _____ INCISAL: _____

ESCALA UTILIZADA: _____

ENVIADO AO LABORATÓRIO: _____ / _____ / _____

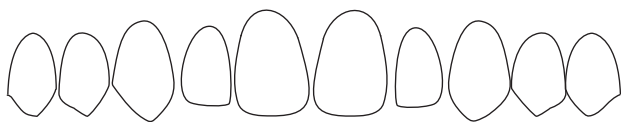
RETORNO AO CONSULTÓRIO: _____ / _____ / _____

VISTO TÉCNICO

OBSERVAÇÕES GERAIS - VIDE VERSO

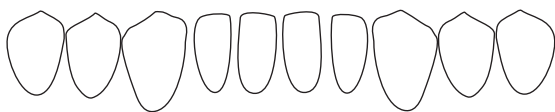
OBSERVAÇÕES GERAIS

ODONTOGRAMA



18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38



Superfície dos dentes

- lisa
- média
- rugosa

Brilho dos dentes

- pouco
- médio
- intenso