



Protocolo Fotográfico Simplificado

1ª via

Dados do Dentista / Paciente

Dr(a)..... Fone.....

Paciente..... Idade..... F () M ()

Cor dominante..... Escala.....

Caracterização Oclusal: () Leve () Moderada () Acentuada

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

Data de Entrada

--	--	--

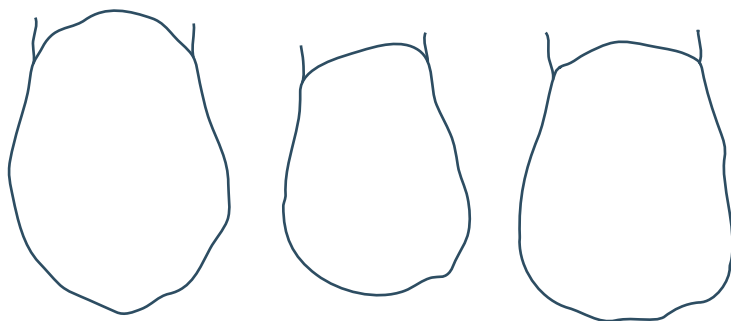
Horário

--	--

Previsão de Entrega

--	--	--

Mapeamento de Cor



Serviço Solicitado / Observação

() Enviar para prova () Enviar pronto

.....

.....

.....

.....

.....

Natureza do Trabalho () Aplicação () Correção

() Enceramento para Recontorno () Muralha para Mock-up

() Enceramento Diagnóstico () Provisório

Estruturas

() Zircônia () e.max () Metal () Alumina

Liga Metálica.....

Laminados - Inlays / Onlays / Overlays (Cerâmicos)

() e.max () Sobre refratário () Sthetic

Prótese sobre implante

() Parafusada () Cimentada () Individual () Unida

Componentes

() Enviados pelo Dentista () Fornecidos pelo Laboratório

Marca..... Diâmetro.....

Materiais e informações enviadas

() Abutments () Modelo Encerado

() Análogos () Molde em Alginato

() Articulador () Molde em Silicona de Adição

() CD () Molde em Silicona de Condensação

() Fotos por e-mail () Parafusos

() Mapa de cor () Pen Drive

() Modelo Antagonista () Provisórios

() Modelo Articulado () Registro de Mordida

() Modelo de Estudo () Transferentes

() Modelo de trabalho () Outros.....

* Para execução e andamento de seu trabalho, é necessário que todas as informações solicitadas sejam devidamente preenchidas.

