

/ /
 / /

Controle do Consultório

 Paciente
 (nome completo)

 Descrição do
 trabalho



Data do envio ao RHB

Data de devolução

Hora:

 / /
 / /

Nome completo conforme cadastro no RHB (Sugerimos carimbar todo o bloco)

Nº de Identificação

Dr(a):

Tel. 1

Tel. 2

Bairro Entrega

Paciente:

Cel.

Prezado cliente, o correto preenchimento da Ordem de Serviço evita ligações desnecessárias. Obrigado!

Descrição do Trabalho:

- Zircônia
 E-max
 MC
 Cerômero

Outros:

 Enviar Coroa pronta com glase:
 Sim Não
WhatsApp RHB 21 98920-2619

 Fotos para sac@rhb.com.br

Cor do Substrato:

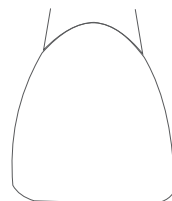
Removível: (sempre enviar modelo de referência)

Marca de Dente:

STG nº:

- PPRG Convencional PPRP
 Flexível COM ESTRUTURA PT
 Flexível SEM ESTRUTURA* PT Imediata
 Carga Imediata Montagem de Diagnóstico

*Extremo livre SOMENTE com PPRG


Detalhamento do Trabalho

Detalhamento do Trabalho

Controle interno do RHB | Enviado pelo Dentista

Moldeiras	T _____ P _____	() sim () não
Vazada		() sim () não
Destacada		() sim () não
Registro de Mordida		() sim () não
Antagonista		() sim () não
Modelo de Estudo		() sim () não
Modelo de Transferência		() sim () não
Modelo de Referência		() sim () não
Modelo Inicial		() sim () não
Escala de Cores		() sim () não
Articulador ASA		() sim () não
Caixa de ASA		() sim () não
Mídia		() sim () não
Fotos		() sim () não
Metal:		() sim () não

Transf Mold. Fechada	() sim () não
Transf Mold. Aberta	() sim () não
Muralha de Silicone	() sim () não
Guia de Posicionamento	() sim () não
Análogo	() sim () não
Abutment	() sim () não
Parafusos	() sim () não
Ucla	() sim () não
Gengiva	() sim () não
Outros:	() sim () não

OBS - Uso interno do RHB