



Data do envio ao RHB

Data de devolução

Hora:

**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:

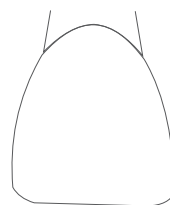
Removível: (sempre enviar modelo de referência)

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**

continua no verso ...

## Detalhamento do Trabalho

Area for detailed work description.

## 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