



Dr.(a): _____

Paciente: _____ Idade: _____

Data do pedido: ____/____/____

Data de Entrega: ____/____/____ Hora: ____:____

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

METAL

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coping para Met. Cerâmica | <input type="checkbox"/> Coping + Apoio p/ PPR | <input type="checkbox"/> Co Cr |
| <input type="checkbox"/> Coping para Met. Plástica | <input type="checkbox"/> Ponto de Solda | <input type="checkbox"/> Cobre Alumínio |
| <input type="checkbox"/> Coping Cad/Can Co Cr | <input type="checkbox"/> Fundição Direta | <input type="checkbox"/> Ouro Amarelo |
| <input type="checkbox"/> Coroa Veneer | <input type="checkbox"/> Núcleo Simples | <input type="checkbox"/> Prata |
| <input type="checkbox"/> Coroa Total / I.M.F. | <input type="checkbox"/> Núcleo Transp. Bipart. | <input type="checkbox"/> Paládio/Prata |
| <input type="checkbox"/> Coroa Fresada | <input type="checkbox"/> Núcleo Estojado | <input type="checkbox"/> Ouro Cerâmico |
| <input type="checkbox"/> Reforço Met. Fundido | | |

CERÂMICA

- Ombro Cerâmico
- Aplic. de Cerâmica
- Inlay / Onlay Cerâmica
- Faceta Laminada
- Jaqueta Cerâmica
- Glaze

METAL FREE

- Lente de Contato
- Empress Maquiado
- Empress Estratificado
- Coping Di-Silicato
- Coping Alumina
- Coping Zircônia
- Aplicação E-Max
- Núcleo Estético Metalo Cerâmica

Escala: _____ Cor: _____ () Detalhes no Verso

RESINA FOTO

- Inlay / Onlay
- Jaqueta
- Aplicação de Resina Sr. Adoro
- Coroa com Ref. / Fibra de Vidro
- Núcleo Estético (Fibra de Vidro)
- Fixa 3 Elem. Sr. Adoro / Fibra de Vidro

RESINA ACRÍLICA

- Overlay
- Fixa Prov. / Ref. Fibra de Vidro
- Enceramento Diagnóstico
- Casquete para Moldagem e Transferência
- Jaqueta Provisória
- Duralay p/ prova

Escala: _____ Cor: _____ () Detalhes no Verso

PRÓTESE TOTAL / REMOVÍVEL

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Montagem | <input type="checkbox"/> Plano de Cera | <input type="checkbox"/> Montagem Prótese Flexível |
| <input type="checkbox"/> Acrilização | <input type="checkbox"/> Mold. Individual | <input type="checkbox"/> Injeção Prótese Flexível |
| <input type="checkbox"/> Reembasamento | <input type="checkbox"/> Dentes Biotone | <input type="checkbox"/> Conserto |
| <input type="checkbox"/> PPR Provisória | <input type="checkbox"/> Dentes Vivodent | <input type="checkbox"/> Com Palato Incolor |
| <input type="checkbox"/> Prótese Total Imediata | <input type="checkbox"/> Dentes Trilux | <input type="checkbox"/> Rósea |
| <input type="checkbox"/> Armação para PPR | <input type="checkbox"/> Dentes Gnathostar / Ivostar | <input type="checkbox"/> Caracterizada |

Escala: _____ Cor: _____ () Detalhes no Verso

- | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Placa de Clareamento | <input type="checkbox"/> Guia Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Acrílica |
| <input type="checkbox"/> Placa de Proteção Esportiva | <input type="checkbox"/> Dentes Nacionais | <input type="checkbox"/> Inferior | <input type="checkbox"/> Resiliente |
| <input type="checkbox"/> Placa de Bruxismo | <input type="checkbox"/> Dentes Importados | | |

PRÓTESE SOBRE IMPLANTE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coping Met. Cerâmica | <input type="checkbox"/> Barra Clip | <input type="checkbox"/> Paládio Prata |
| <input type="checkbox"/> Coping Met. Plástico | <input type="checkbox"/> Barra / Sistema Bola | <input type="checkbox"/> Ouro Cerâmico |
| <input type="checkbox"/> Coroa Veneer | <input type="checkbox"/> Sub Estrutura | <input type="checkbox"/> Detalhes no verso |
| <input type="checkbox"/> Protocolo | <input type="checkbox"/> Jaqueta Provisória | <input type="checkbox"/> Co Cr |
| <input type="checkbox"/> Usinagem de Munhão | <input type="checkbox"/> Niquel Cromo | |

Rua Cunha Gago, 833 - Pinheiros - CEP: 05421-001 - São Paulo - SP
 Fone: (0xx11) 3819-2202 / 3032-5316 - Fax: (0xx11) 3815-1658
 E-mail: contato@lcaprotese.com.br - Site: www.lcaprotese.com.br

USO EXCLUSIVO DO LCA

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ASS.: _____

() Moldeira Total _____ () Moldeira Parcial _____

() Modelo Total _____ () Modelo Parcial _____

() Registro de Mordida _____ () Articulador _____

() Comp. Fornecido _____

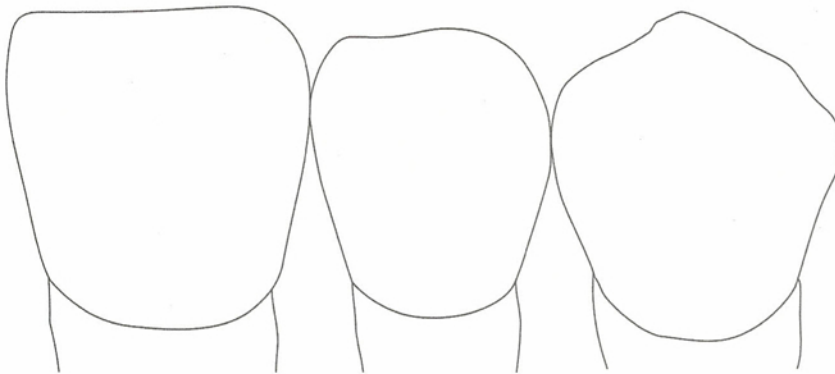
ROTEIRO INTERNO

Setor: _____ Data: _____ Ent.: _____ Saída _____

Setor: _____ Data: _____ Ent.: _____ Saída _____

Setor: _____ Data: _____ Ent.: _____ Saída _____

Setor: _____ Data: _____ Ent.: _____ Saída _____



ESCALA: _____ MATIZ: _____ CERVICAL: _____ INCISAL: _____

BRILHO DE SUPERFÍCIE: () BAIXO () MÉDIO () ALTO

TEXTURA DE SUPERFÍCIE: () LISA () MÉDIA () IRREGULAR

OBS. GERAIS SOBRE TRABALHOS
