

**MODELO DE MINUTA DE
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PRÓTESE DENTÁRIA**

DADOS DO SOLICITANTE:

CD/CL: _____ - CROSP _____
Responsável Técnico: _____ - CROSP _____
Nota Fiscal emitida ao CPF/CNPJ: _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Cidade _____ /SP
CEP: _____ Telefone: (____) _____
E-mail: _____ Cel: (____) _____

DADOS DO LABORATÓRIO/TPD:

Nome: _____ - CROSP _____
TPD responsável técnico: _____ - CROSP _____
CPF/CNPJ nº _____
Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____ Cidade _____ /SP
CEP: _____ Telefone: (____) _____
E-mail: _____ Cel: (____) _____

DADOS DO SERVIÇO

Data do pedido: ____/____/_____, às ____ h. e ____ min.
Data da moldagem: ____/____/_____
Material de Moldagem Utilizado: _____
Data para entrega: ____/____/_____
Local de Entrega: _____

DADOS E CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____
Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
Tipo de rosto: () Quadrado () Redondo () Triangular () Retangular
Raça: () Branca () Negra () Indígena () Amarela
Descrição da Pele:
() Muito Clara () Clara () Clara Média () Escura Média () Parda () Negra
Classificação de Angle: () Classe I () Classe II () Classe III

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS PARA DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO PROTÉTICO



Cor Predominante dos Dentes: _____ Cervical: _____ Incisal: _____

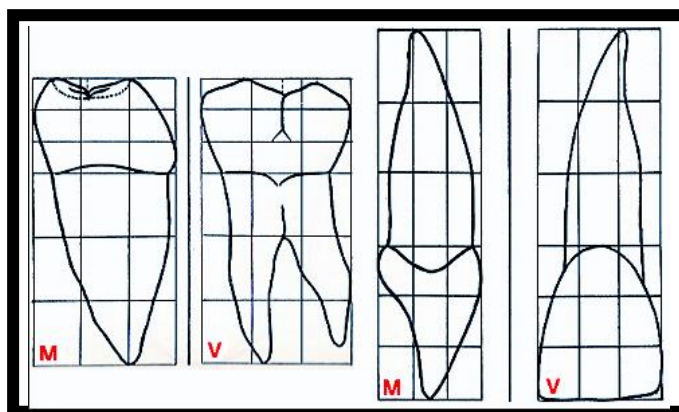
Escala utilizada na seleção de cores: _____

Superfície do elemento dentário: () Lisa () Média () Rugosa

Brilho do elemento dentário: () Pouco () Médio () Muito

Formato do elemento dentário: () Oval () Retangular () Quadrado () Triangular

Caracterizações: _____



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

MATERIAIS ENVIADOS AO LABORATÓRIO

Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
Articulador		Chaves	
Caixa do Articulador		Parafusos	
Modelo do Antagonista		Componente Protético	
Moldeira		Transferente	
Modelo de Estudo		Análogo do Implante	
Modelo de Trabalho		Fotos Impressas	
Casquete de Moldagem		Fotos Digitalizadas () email	
Gengiva removível		Fotos Digitalizadas () CD	
Registro Oclusal		Fotos Digitalizadas () DVD	
Outros:		Outros:	

SERVIÇO PROTÉTICO

METAL

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coping para Metal Cerâmica | <input type="checkbox"/> Coping para Metal Plástica | |
| <input type="checkbox"/> Coping Cad/Can Co Cr | <input type="checkbox"/> Coping e apoio para PPR | |
| <input type="checkbox"/> Ponto de Solda | <input type="checkbox"/> Fundição direta | |
| <input type="checkbox"/> Núcleo Simples | <input type="checkbox"/> Núcleo Trespessante Bipartido | |
| <input type="checkbox"/> Núcleo Estojado | <input type="checkbox"/> Reforço Metálico Fundido | |
| <input type="checkbox"/> Coroa Fresada | <input type="checkbox"/> Coroa Total/I.M.F | <input type="checkbox"/> Coroa Veneer |

Tipo de Metal: _____

CERÂMICA

- | | | | |
|--|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aplicação de Cerâmica | <input type="checkbox"/> Glaze | <input type="checkbox"/> Ombro Cerâmico | <input type="checkbox"/> Faceta Laminada |
| <input type="checkbox"/> Inlay/Onlay/Overlay | <input type="checkbox"/> Coroa | <input type="checkbox"/> Lente de Contato | <input type="checkbox"/> Núcleo Estético |

Coping Cerâmico – Material: _____

Escala: _____ Cor: _____

Observações: _____

RESINA ACRÍLICA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Overlay | <input type="checkbox"/> Fixa Provisória/Fibra de Vidro | <input type="checkbox"/> Enceramento Diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Casquete para Moldagem e Transferência | <input type="checkbox"/> Coroa Provisória | |
| <input type="checkbox"/> Duralay para prova | <input type="checkbox"/> Placa de Bruxismo | <input type="checkbox"/> Guia Cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Placa de Proteção Esportiva | | |

Observações: _____

RESINA FOTO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aplicação de Resina | <input type="checkbox"/> Coroa com Ref./Fibra de Vidro | <input type="checkbox"/> Inlay/Onlay |
| <input type="checkbox"/> Coroa | <input type="checkbox"/> Núcleo Estético (Fibra de Vidro) | <input type="checkbox"/> Fixa em Fibra de Vidro |

Observações: _____

OUTROS

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Placa de Clareamento | <input type="checkbox"/> Placa de Proteção Esportiva | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
|---|--|---------------------------------------|

Observações: _____

PRÓTESE TOTAL/REMOVÍVEL

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acrilização | <input type="checkbox"/> Armação para PPR | <input type="checkbox"/> Caracterizada |
| <input type="checkbox"/> Injeção Prótese Flexível | <input type="checkbox"/> Montagem | <input type="checkbox"/> Reembasamento |
| <input type="checkbox"/> Montagem Prótese Flexível | <input type="checkbox"/> Moldagem Individual | <input type="checkbox"/> Plano de Cera |
| <input type="checkbox"/> PPR Provisória | <input type="checkbox"/> Prótese Total Imediata | |

Palato: Rosa Incolor

Dentes: Nacional Importado Marca _____

Formato do dente: Oval Retangular Quadrado Triangular

Cor do dente: _____ Cor da Gengiva: _____

Observações: _____

PRÓTESE SOBRE IMPLANTE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unitários | <input type="checkbox"/> Parcial Fixa | <input type="checkbox"/> Parafusado |
| <input type="checkbox"/> Cimentado | <input type="checkbox"/> Overdenture | <input type="checkbox"/> Protocolo |
| <input type="checkbox"/> Provisório | <input type="checkbox"/> Coroa Veneer | <input type="checkbox"/> Coping Met. Cerâmico |
| <input type="checkbox"/> Coping Met. Plástico | <input type="checkbox"/> Usinagem de Munhão | |

COMPONENTES

- Enviados pelo Cirurgião-Dentista Fornecido pelo Laboratório
Marca: _____ Tipo: _____ Diâmetro: _____
Observações: _____
-

Serviço autorizado para confecção em de de 2015.

Assinatura do Cliente e Carimbo: _____