



Entrega: ____ / ____ / ____

Hora: _____

FP N°: _____

1. Pedido do Dr. (a): _____

2. Tipo de aparelho: _____

3. Objetivos do aparelho: _____

4. Nome do paciente: _____

5. Endereço para entrega: _____

6. Telefones: Cons.: _____ Celular: _____

7. Planejamento:

7.1 Sistema ativo ou funcional:

Molas Dentes/Face: _____

Parafuso Expansor simétrico de ____ mm de expansão

Expansor assimétrico - conforme desenho

Para distalizar os dentes _____

Arco de Hawley - conector da distal dos dentes _____

Grade de palatina

Levantar a mordida Ant. Post. - Dentes _____

OBS: _____

7.2 Sistema de retenção - Grampos:

Adams Dente: _____

Kennedy Dente: _____

Bola ou Gota Dente: _____

Simples (Kennedy Curto) Dente: _____

Outro - Nome: _____ Dente: _____

OBS: _____

7.3 personalização do aparelho - parte acrílica

Nome: _____ Telefone: _____

Cor do aparelho: _____ Figura: _____

OBS: _____

8. uso exclusivo do laboratório: _____
