

HiTEC



juntos fazemos bem!

tel: +351 214 214 717
recepcao@hitec.com.pt
hitec.com.pt

TagusPark, Av. Dr. Jacques Delors,
Edifício Inovação II, Espaço 312-322
2740-122 Porto Salvo
Coordenadas GPS:
N38° 44'28.81"/W9° 18'09.06"

Clínica _____

Médico _____

Paciente _____

Prótese Fixa

Tipo de Trabalho		Tipo de Material	
<input type="checkbox"/> Coroa Provisória	<input type="checkbox"/> Enceramento	<input type="checkbox"/> Acrílico	<input type="checkbox"/> Felspático
<input type="checkbox"/> Coroa Cimentada	<input type="checkbox"/> Híbrida	<input type="checkbox"/> Compósito	<input type="checkbox"/> Zircónia/Cerâmica
<input type="checkbox"/> Coroa Aparafusada	<input type="checkbox"/> Ackerman	<input type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Zircónia Monolítica
<input type="checkbox"/> Inlay/Onlay	<input type="checkbox"/> Locater	<input type="checkbox"/> Titânio	<input type="checkbox"/> Metal/Cerâmica
<input type="checkbox"/> Falso Coto	<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Dissilicato	

Prótese Removível

<input type="checkbox"/> Esqueléticas	<input type="checkbox"/> Acrílico	<input type="checkbox"/> Vários
<input type="checkbox"/> Sup. de _____ dentes	<input type="checkbox"/> Sup. de _____ dentes	<input type="checkbox"/> Consertos <input type="checkbox"/> Rebases <input type="checkbox"/> Soldadura
<input type="checkbox"/> Inf. de _____ dentes	<input type="checkbox"/> Inf. de _____ dentes	<input type="checkbox"/> Moldeiras <input type="checkbox"/> Ganchos
		<input type="checkbox"/> Ceras <input type="checkbox"/> Selas

<input type="checkbox"/> Moldeiras	_____	Hora _____
<input type="checkbox"/> Ceras	_____	Hora _____
<input type="checkbox"/> Prova de Dentes	_____	Hora _____
<input type="checkbox"/> Prova de Estrutura	_____	Hora _____
<input type="checkbox"/> Prova de Estrutura c/ Dentes	_____	Hora _____
<input type="checkbox"/> Prova de Cerâmica	_____	Hora _____
<input type="checkbox"/> Pronto	_____	Hora _____

Extracções imediatas

Cor: _____

Data da 1.ª Prescrição

Data da 2ª Prescrição

Data da 3ª Prescrição

Data da 4ª Prescrição