



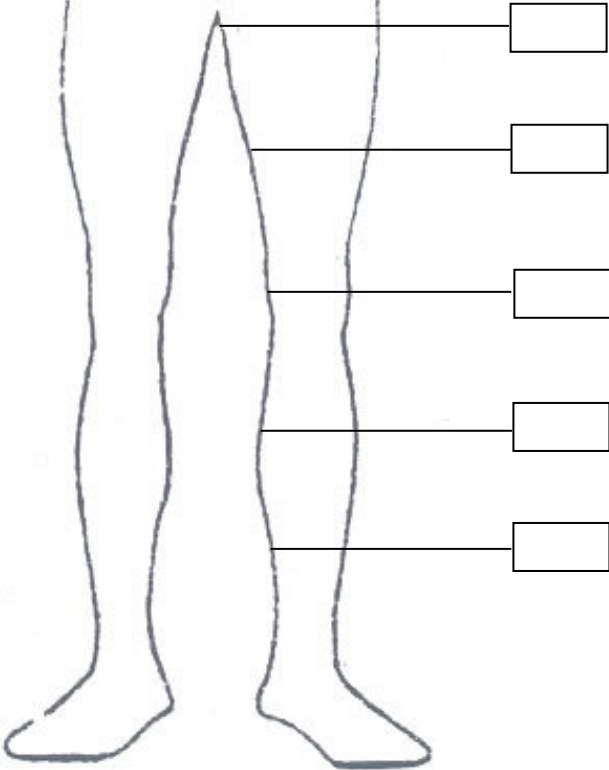
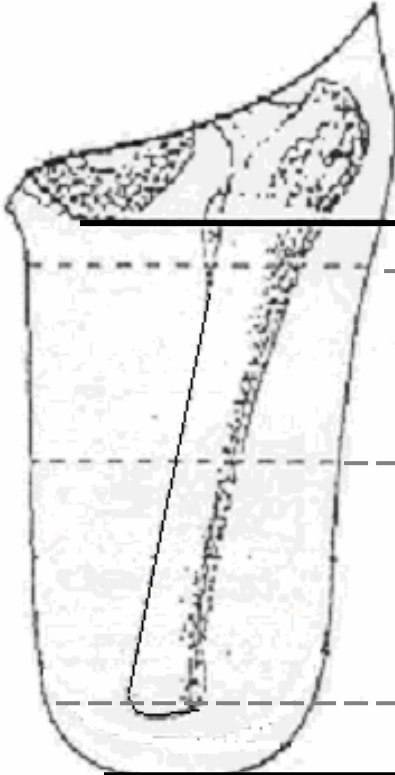
ISO 9001:2000

POLIOR PRODUTOS ORTOPÉDICOS

Rua Treze de Maio, 84 – Vila São Luiz – Duque de Caxias – RJ CEP 25065-190 Telefax.: (21) 2671-4172 2674-7427 2775-4360
CNPJ 30.159.164/0001-27 E-mail.: vendas@polior.com.br Home Page.: www.polior.com.br

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE ENCAIXE DE PROVA TRANSFEMORAL

ESTE ENCAIXE NÃO PODE SER UTILIZADO COMO SOLUÇÃO DEFINITIVA, USO SOMENTE DURANTE O PERÍODO DE ADAPTAÇÃO DO PACIENTE A PRÓTESE.

NOME DO PACIENTE:				DATA DA MEDIDA:							
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	MEDIDAS PARA MONTAGEM DA PRÓTESE CASO SOLICITADO							
EMPRESA SOLICITANTE:				ALTURA TOTAL DA PRÓTESE		CM.:					
TEL.:	CÓDIGO:	FAX.:		ALTURA DO CENTRO DO JOELHO ATÉ A BASE DO PÉ		CM.:					
ASSINATURA E/ OU CARIMBO				TAMANHO DO PÉ		Nº.:					
				SALTO DO CALÇADO		CM:					
PEÇAS QUE PODERÃO SER UTILIZADAS NO KIT PROMOCIONAL:				GRAU DE FLEXÃO		GRAU DE ADUÇÃO					
MO 32, MO 21A, MO 01 ou MO 31A, MO 06A ou MO 06, MO 08A MO 08, MO 09, MO 10 ou MO 10A, A11-10, ou RA-10, MO 17, MO 19, VA 01, TUB-01, 1 ENCAIXE LAMINADO ACOMPANHA O MOLDE.				POSIÇÃO DA VÁLVULA							
				MEDIAL		LATERAL		S/VÁLVULA			
CARACTERÍSTICAS DO COTO E TRABALHO A SER EXECUTADO				LADO DO ENCAIXE							
				ESQUERDO		DIREITO					
				RESINA		POLIPROPILENO					
				COR DA MEIA: CLARA () MORENA () NEGRA ()							
				REDUÇÃO EM PORCENTAGEM		0%	1%	2%	3%	4%	5%
				MEDIDAS PARA MODELAGEM DA ESPUMA COSMETICA OPCIONAL 							
				TIPO DE ENCAIXE ENCAIXE QUADRILÁTERO <input type="checkbox"/> ENCAIXE CAT-CAM <input type="checkbox"/> COMPIMENTO DO COTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

POLIOR A SUA LIBERDADE DE ESCOLHA