

DADOS DO PACIENTE

ATENÇÃO: TODOS OS CAMPOS COM (*) SÃO OBRIGATÓRIOS

*Nome do paciente: _____ Data de nascimento: __/__/__

*Gênero: Masculino Feminino

DADOS DO DENTISTA SOLICITANTE

*Dentista responsável: _____ *Nome na fatura: _____

*CRO do solicitante: _____ *CPF/CNPJ: _____

*Endereço com CEP: _____ *Telefone com DDD: _____

*E-mail para contato: _____

DADOS PARA COBRANÇA

Considerar dados do dentista

* Nome completo: _____ *CPF/CNPJ: _____

* Endereço com CEP: _____ *Telefone com DDD: _____

* E-mail para contato: _____

ENDEREÇO PARA ENTREGA

Considerar endereço do dentista

* Nome completo: _____ *CPF/CNPJ: _____

* Endereço com CEP: _____ *Telefone com DDD: _____

* E-mail para contato: _____

FORMAS DE PAGAMENTO

Boleto à vista

Cartão de crédito à vista

Dinheiro

Boleto parcelado em até 3 x
OBS: PARCELA MÍNIMA DE 150,00.

Cartão de crédito parcelado em até 3 x
OBS: PARCELA MÍNIMA DE 150,00.

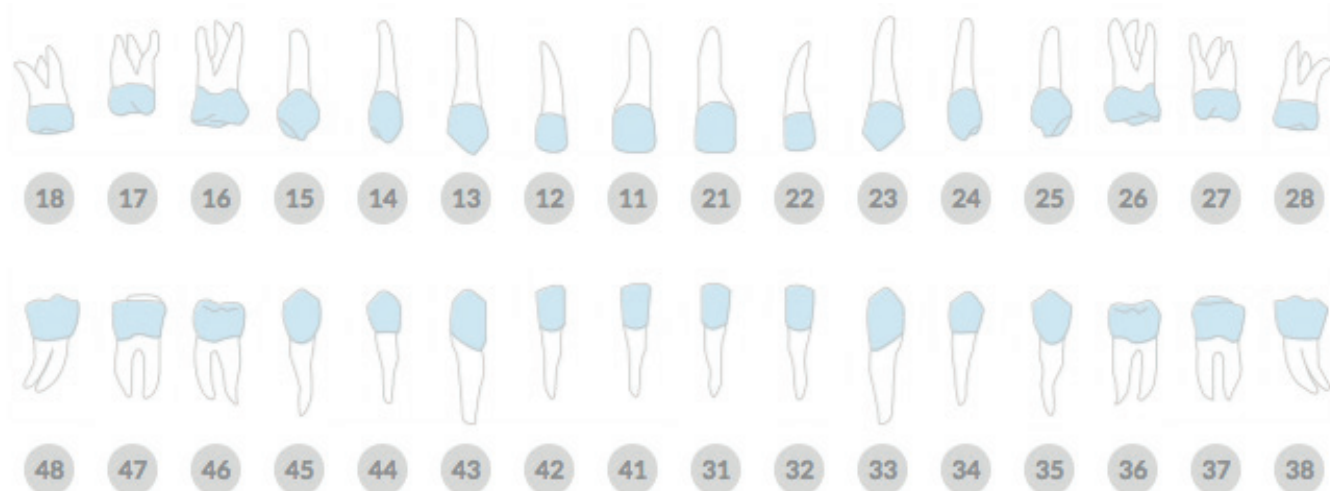
FORMAS DE ENTREGA

- Retirada na Smart Solutions
- Entrega feita pela Smart Solutions
*Entregas para a Cidade do Rio de Janeiro e Niterói.
- Correios | SEDEX
- Transporte aéreo (TAM Cargo)
OBS: SELECIONE UMA OPÇÃO:
- Entrega pela TAM ao destino final. Obs: O prazo de entrega é 48h após desembarcado o produto>(*informações cedidas pela TAM)
- Coleta no aeroporto. Obs: O produto estará disponível para retirada em 2h após desembarcado o produto.
- Buslog

PLANEJAMENTO DESEJADO

- Guiado pelo DSD
- Guiado pelo DSD+ Tomografia (JCE)
- Guiado pela Tomografia (JCE)

MARQUE OS ELEMENTOS A SEREM PLANEJADOS



OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO (CONSIDERAÇÕES)

DESTINAÇÃO DO MODELO ORIGINAL

- Descarte
- Devolução