

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.

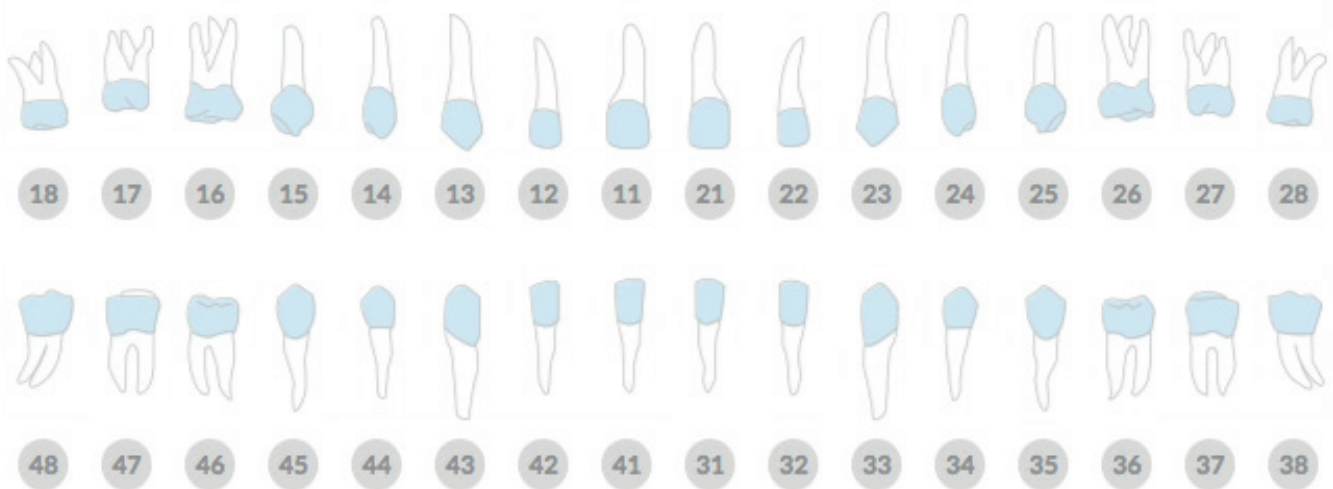
GUIA DESEJADA



- Guia total (mucosuportado)
- Guia parcial (dentosuportado)

MARQUE OS ELEMENTOS QUE VÃO RECEBER IMPLANTE

OBSERVAÇÃO: ESSA ETAPA REFERE-SE A QUANTIDADE DE FUROS NO GUIA ESCOLHIDO.



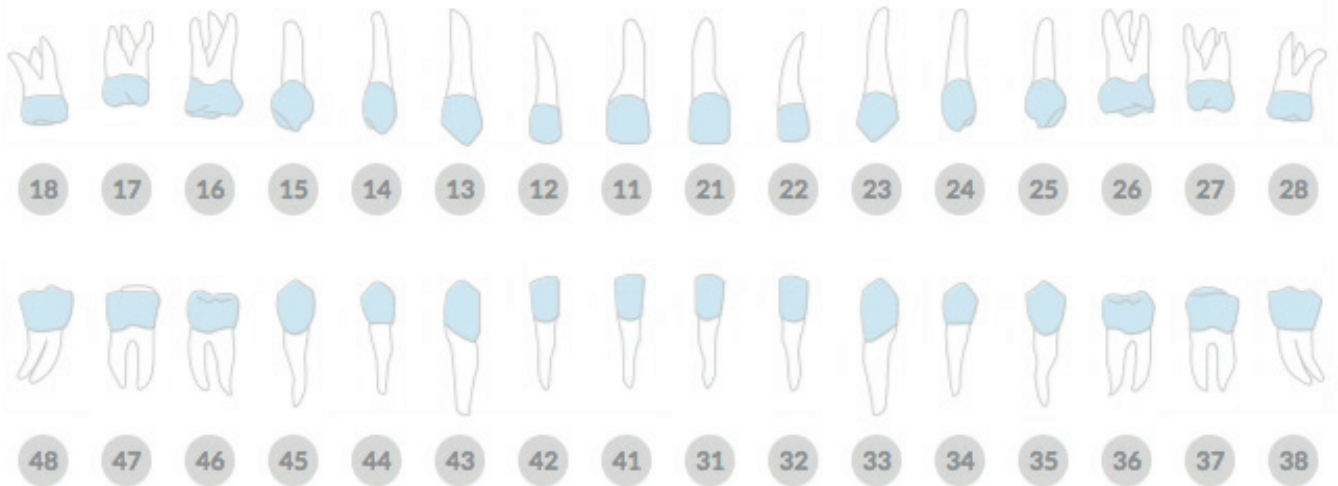
PRÓTESE:

- Cimentada
- Parafusada

SISTEMA DE IMPLANTE A SER UTILIZADO:

- SIN
- Neodent
- Conexão
- Straumann
- Derig
- Emfils
- Outro: _____
- _____

EXODONTIA



OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO (CONSIDERAÇÕES)

ENVIO DE MODELO FÍSICO

- Sim Não

DESTINAÇÃO DO MODELO

- Descarte Devolução