

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.

TIPO DE CASO

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO SELECIONAR UM TIPO DE CASO ABAIXO

- Somente impressão
- Smart Plan Orthognathics
- Smart Plan Trauma e Reconstruction

TIPO DE TRABALHO

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO SELECIONAR UM TIPO DE TRABALHO ABAIXO

- Pré-montagem de crânio
- Smart Spint intermediário
- Smart Splint Final
- Guia de Palato - final
- Guia de Palato - inteira
- Guia de corte e posicionamento de mento
- Guia Osteotomia de Wings
- Guia de corte - Maxila
- Guia de prótese - ATM
- Guia L invertido - avulso
- Guia L invertido - par

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA REALIZAÇÃO DO SETUP