

Formulário de revisão de casos

Recomendamos solicitar revisões em dr.clearcorrect.com.br. Se você fizer isso, você não precisará deste formulário.

Este formulário é destinado apenas para uso em situações especiais. (Por exemplo, se os materiais foram recebidos sem uma solicitação de revisão).

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Número do caso _____

Nome do dentista _____

Nome do paciente _____

ARCADA SUPERIOR

Etapa atual _____

Uso

- Modelo existente
- Moldagem de silicone de adição
- 3M True Definition
- Scanner de modelo 3Shape
- Carestream
- iTero
- Lythos
- Motion View
- PlanScan
- CEREC
- TRIOS

ARCADA INFERIOR

Etapa atual _____

Uso

- EModelo existente
- Moldagem de silicone de adição
- 3M True Definition
- Scanner de modelo 3Shape
- Carestream
- iTero
- Lythos
- Motion View
- PlanScan
- CEREC
- TRIOS

INSTRUÇÕES

Ao revisar este caso, você concorda com os preços e termos e condições atuais da ClearCorrect.

Assinatura do dentista _____

Data _____