



E-mail: contato@ironshieldmg.com.br www.ironshieldmg.com.br

Se você quiser encomendar um protetor IRON SHIELD, imprima este formulário, preencha-o e leve-o até o dentista.

SENHOR PROFISSIONAL

POR FAVOR REALIZE A MOLDAGEM DAS ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR, COPIANDO O FUNDO DE VESTÍBULO POR COMPLETO E OBTENHA AS IMPRESSÕES EM GESSO TIPO IV JUNTAMENTE COM O REGISTRO DE MORDIDA.

NOME DO PROFISSIONAL:	CRO:
ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO / CLÍNICA:	
CEP:	
CELULAR:	TELEFONE FIXO:
EMAIL:	
SITE:	

Informe o seu endereço somente se desejar que enviemos o protetor IRON SHIELD diretamente a você

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:	DATA DE SOLICITAÇÃO:
ENDEREÇO (sujeito à cobranças adicionais):	
NOME DO RESPONSÁVEL (para menores de 18 anos):	
TELEFONE:	E-MAIL:

IRON SHIELD MOUTHGUARDS						
CATEGORIA (assinale com X)	<input type="checkbox"/> LIGHT <i>Usuários com presença de dentes decíduos apenas</i>	<input type="checkbox"/> MÉDIO <i>A maioria dos esportes que não envolvem objetos muito rígidos como Futebol e Rugby</i>	<input type="checkbox"/> PESADO <i>esportes envolvendo riscos de contato muito rígido Como Escalada e Snowboard</i>	<input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <i>esportes envolvendo contatos muito rígidos em alta velocidade. Muay thai, Mountain bike, MMA.</i>		
COR ÚNICA <input type="checkbox"/>	2 CORES OU + <input type="checkbox"/>					
(assinale com X as cores desejadas) (selecione até 4 cores desejadas. Assinale na ordem de preferência, da direita para a esquerda da placa, numerando o box 1,2,3,4)						
<input type="checkbox"/> Turtle Green*	<input type="checkbox"/> TurtleGreen*	<input type="checkbox"/> FluorescentRed/Orange*	<input type="checkbox"/> DeepSeaBlue*	<input type="checkbox"/> GreenwithEnvy*	<input type="checkbox"/> GruesomeBlack*	
<input type="checkbox"/> BrightWhite*	<input type="checkbox"/> BlobbyYellow*	<input type="checkbox"/> TangerineOrange*	<input type="checkbox"/> MenacingRed*	<input type="checkbox"/> Silver*	<input type="checkbox"/> ShockingPink*	
<input type="checkbox"/> MidnightBlue*	<input type="checkbox"/> EcstaticPurple*	<input type="checkbox"/> SkyBlue*	<input type="checkbox"/> PunkPlum*	<input type="checkbox"/> Gold*	<input type="checkbox"/> GlassClear*	
* AS CORES RELACIONADAS ACIMA NÃO REPRESENTAM EVENTUALMENTE A DISPONIBILIDADE IMEDIATA DO MATERIAL ENCONTRADO À VENDA NO MERCADO BRASILEIRO.						
ÁREAS PARA ALÍVIO: _____ (Dentes em erupção/Pontes fixas/Coroas totais/Aparelhos fixos)						
Nós adicionaremos a localização de seu consultório/clínica e seus respectivos contatos em nosso banco dados, no setor de profissionais IRON SHIELD, localizado em todas as nossas vias de comunicação. Caso não deseje a divulgação de seus dados e localização, assinale aqui <input type="checkbox"/>						

Data: ___/___/_____
Assinatura e carimbo do profissional: _____