

## FORMULÁRIO DE GARANTIA – IMPLANTES PEC LAB

Este formulário deve ser preenchido com o máximo de informações e detalhes do paciente, contendo a assinatura e carimbo do cliente. O não preenchimento do formulário acarretará a devolução do produto, ficando os encargos de transporte por conta do profissional dentista. **O profissional dentista deve enviar um formulário por produto a ser analisado.**

### INFORMAÇÕES SOBRE O CIRURGIÃO DENTISTA

Nome:		CRO:	
Endereço:			
Complemento:		Bairro:	
CEP:		Cidade:	Estado:
Telefone:		Fax:	
E-mail:			

### INFORMAÇÕES SOBRE O PRODUTO

Modelo	Código	Quantidade	Nº Lote

### INFORMAÇÕES SOBRE A CIRURGIA

- Idade paciente: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_
  - Data instalação do implante: \_\_\_\_\_ Data remoção do implante: \_\_\_\_\_
  - Região dentária de remoção dos implantes: \_\_\_\_\_
  - Tipo de osso:  I  II  III  IV
  - Foi realizado implante imediato?  Sim  Não
  - Observou-se alguma infecção local?  Sim  Não
  - Foi utilizado expansor ósseo?  Sim  Não
  - Excentricidade no contra-ângulo?  Sim  Não
  - Rotação de perfuração: \_\_\_\_\_ RPM
  - Foi usada Broca já utilizada em mais de 20 perfurações?  Sim  Não
  - Qual o diâmetro da última Broca utilizada? \_\_\_\_\_
  - Houve complicação na preparação da loja cirúrgica?  Sim  Não
  - Rotação da inserção: \_\_\_\_\_ RPM
  - Qual foi o torque para a estabilidade primária? \_\_\_\_\_ N.cm.
  - Foi realizado enxerto ósseo no local?  Sim  Não
- Se sim, qual o material utilizado? \_\_\_\_\_
- Foi realizada carga imediata?  Sim  Não
- Se sim, qual componente protético utilizado? \_\_\_\_\_
- Foi utilizado torquímetro cirúrgico?  Sim  Não
- Se sim, qual o torque final aplicado? \_\_\_\_\_ N.cm

### Situações que podem ter influenciado a ocorrência:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peri-implantite | <input type="checkbox"/> Superaquecimento ósseo                  | <input type="checkbox"/> Consumo excessivo de álcool    |
| <input type="checkbox"/> Trauma          | <input type="checkbox"/> Fratura do implante                     | <input type="checkbox"/> Perfuração da membrana do seio |
| <input type="checkbox"/> Bruxismo        | <input type="checkbox"/> Higiene oral deficiente                 | <input type="checkbox"/> Carga imediata                 |
| <input type="checkbox"/> Infecção        | <input type="checkbox"/> Qualidade/quantidade óssea insuficiente |   |

Sobrecarga mecânica     Outro:

### Dados Adicionais à cirurgia

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. A osseointegração do implante foi conseguida?   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Houve reabsorção óssea?                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Houve intercorrências no período pós-cirúrgico? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Se sim, quais:

- |  |       |
|--|-------|
| 4. Data instalação componente protético:         | _____ |
| 5. Qual componente foi utilizado?                | _____ |
| 6. Data remoção componente protético:            | _____ |
| 7. Foram realizadas consultas controles? Quando? | _____ |

### Descrição da ocorrência:

Clique aqui para digitar texto.

### ATENÇÃO PARA AS CONDIÇÕES DE GARANTIA

1. Para análise do produto é necessário que o material seja enviado à PecLab esterilizado pelo método de autoclavagem, acompanhado do presente Formulário de Garantia preenchido e com os respectivos documentos:

- Cópia da nota fiscal de compra do produto;
  - Formulário de garantia preenchido, constando todos os dados solicitados;
  - Cópia da ficha clínica do paciente;
  - Radiografias periapicais ou panorâmica, sendo assegurada a devolução ao profissional após a análise pela PecLab.
2. O profissional dentista fica ciente desde já que caso não sejam seguidas as condições de GARANTIA, o produto será devolvido ficando o encargo de transporte por conta do profissional dentista.
3. O produto deve ser enviado aos cuidados do Setor de Qualidade da PecLab, situado à Rua Euclásio 96, Santa Efigênia – Belo Horizonte – Minas Gerais, CEP: 30220-260
4. A elaboração do laudo técnico pela PecLab será feita dentro do prazo de 45 dias, desde que atendidas todas as condições aqui descritas. Caso seja constatado que o problema seja do implante, este será substituído gratuitamente.
5. Para maiores informações entre em contato com Serviço de Atendimento ao Cliente (31-34813749).

Assinatura e carimbo do Cirurgião Dentista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_