

FORMULÁRIO DE GARANTIA – IMPLANTES PECLAB

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:
 - a) Cópia da nota fiscal de compra do produto;
 - b) Formulário de garantia preenchido, constando todos os dados solicitados;
 - c) Cópia da ficha clínica do paciente;
 - d) 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: ____/____/____