

## 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

1. Idade paciente: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_
  2. Data instalação do implante: \_\_\_\_\_ Data remoção do implante: \_\_\_\_\_
  3. Região dentária de remoção dos implantes: \_\_\_\_\_
  4. Tipo de osso:  I  II  III  IV
  5. Foi realizado implante imediato?  Sim  Não
  6. Observou-se alguma infecção local?  Sim  Não
  7. Foi utilizado expansor ósseo?  Sim  Não
  8. Excentricidade no contra-ângulo?  Sim  Não
  9. Rotação de perfuração: \_\_\_\_\_ RPM
  10. Foi usada Broca já utilizada em mais de 20 perfurações?  Sim  Não
  11. Qual o diâmetro da última Broca utilizada?
  12. Houve complicações na preparação da loja cirúrgica?  Sim  Não
  13. Rotação da inserção: \_\_\_\_\_ RPM
  14. Qual foi o torque para a estabilidade primária? \_\_\_\_\_ N.cm.
  15. Foi realizado enxerto ósseo no local?  Sim  Não
- Se sim, qual o material utilizado?
16. Foi realizada carga imediata?  Sim  Não
- Se sim, qual componente protético utilizado?
17. 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 Euclálio 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_