

# FORMULÁRIO DE OCORRÊNCIA PARA GARANTIA (INSTRUMENTAL CIRÚRGICO E COMPONENTES PROTÉTICOS)

1

A garantia para instrumentais cirúrgicos e componentes protéticos cobre apenas casos **onde for constatado defeito de fabricação, não incluindo, portanto, a utilização e/ou manipulação inadequada do produto.**

Se considerar que reúne as condições para beneficiar-se do programa de garantia, a reivindicação deverá ser feita por meio do preenchimento do formulário de garantia para instrumentais cirúrgicos e componentes protéticos.

Dessa forma, o produto a ser coberto pela garantia deverá ser encaminhado à **Titaniumfix LIMPO e ESTERILIZADO** em embalagem de papel grau cirúrgico com campos ou fitas específicas para confirmação de esterilização em autoclave. Além disso, deverá estar acompanhado dos seguintes documentos:

- Formulário de Garantia devidamente preenchido, incluindo a "Declaração de Esterilização" presente no mesmo.
- Cópia da nota fiscal de compra do produto.

O completo preenchimento do Formulário de Garantia é imprescindível para ocorrência da Garantia. O não cumprimento dos itens acima impossibilita a análise do caso e acarretará na devolução do produto ao cliente/distribuidor, ficando os encargos de transporte por conta dos mesmos.

*Ao preencher o formulário de garantia tente colocar o máximo de informações e detalhes sobre a ocorrência que puder. Isto tornará a análise do produto mais eficiente e precisa, além de acelerar o processo de resposta. Não se esqueça de assinar e carimbar o documento ao final do preenchimento.*

Para maiores informações sobre nossa Garantia Vitalícia e Política de Trocas, consulte o **Caderno de Garantia Titaniumfix.**

## Informações sobre o Cirurgião Dentista (CD)

(preenchimento obrigatório)

Nome do CD: \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

CRO: \_\_\_\_\_

End. Com.: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Informações sobre o produto

(preenchimento obrigatório)

Quantidade	Código da peça	Nome do produto	Nº de lote

## INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

(preenchimento obrigatório para todos os casos)

1. Qual foi o problema encontrado?

Fratura

Adaptação/encaixe

Espanamento/deformação

Oxidação/corrosão

Manchas

Embalagem/rotulagem

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

2. Qual o número aproximado de utilizações?

Nunca foi utilizado

6 - 9 vezes

Primeiro uso

Acima de 10 vezes

2 - 5 vezes

## Casos de oxidação/corrosão e/ou manchas

*(preenchimento obrigatório somente em casos de oxidação/corrosão e/ou manchas)*

3. Qual foi o produto utilizado para desinfecção?

Água oxigenada

Álcool 70%

Clorexidine 2%

Detergente enzimático

Soro fisiológico

Glutaraldeído

Outros. Nome do produto utilizado: \_\_\_\_\_

4. Qual o tipo de limpeza utilizado?

Manual

Ultrassom

Qual o produto utilizado? \_\_\_\_\_

5. Quais itens foram utilizados para auxílio durante a limpeza manual?

Escovas de Nylon

Esponja multiuso

Escova de aço

Esponja de aço

6. Qual o tipo de esterilização?

Autoclave. Qual o ciclo: \_\_\_\_\_ °C durante \_\_\_\_\_ horas.

Estufa. Qual o ciclo: \_\_\_\_\_ °C durante \_\_\_\_\_ horas.

Esterilização química. Qual produto utilizado? \_\_\_\_\_

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

## Casos de fratura e/ou espanamento/deformação

*(preenchimento obrigatório somente em casos de fratura e/ou espanamento/deformação)*

7. Foi utilizado torquímetro?

Sim. \_\_\_\_\_ N.cm

Não

8. Houve alguma dificuldade em relação ao uso do instrumento?

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Não

9. Quais as dificuldades encontradas?

Pouco espaço inter-arcos

Posição/angulação do implante

Dificuldade de acoplamento/encaixe da chave

Dificuldade de remoção da chave

Outras: \_\_\_\_\_

10. Qual o diâmetro do implante instalado? *(Responder somente em casos de problemas com chave de inserção e/ou montador de implante):* \_\_\_\_\_

11. Qual o diâmetro da última fresa utilizada na perfuração? \_\_\_\_\_

12. Foi utilizado expansor ósseo?

Sim

Não

13. Qual o diâmetro do último expansor ósseo utilizado? \_\_\_\_\_

## Breve descrição da ocorrência:

*(preenchimento obrigatório para todos os casos)*

Neste campo deverá ser relatado um breve histórico do ocorrido com informações como: procedimento que estava sendo realizado no momento da ocorrência, fatos que podem ter influenciado para o acontecimento, medidas tomadas para se evitar ou sanar o problema.

---



---



---



---



---



---



---



---

## COMPONENTES PROTÉTICOS

*(preenchimento obrigatório somente em casos envolvendo componentes protéticos)*

1. Qual foi o problema encontrado?

Fratura

Adaptação/encaixe

Espanamento/deformação

Embalagem/rotulagem

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

2. O problema ocorreu:

Antes da fundição da peça pelo laboratório

Após a fundição da peça pelo laboratório

A peça não é fundida

3. Qual o tipo de prótese realizada?

Unitária

Múltipla

Protocolo

Overdenture

4. Qual o tipo de fixação utilizada?

Parafusada

Cimentada

5. Foi utilizado torquímetro?

Sim. \_\_\_\_\_ N.cm

Não

6. Qual o material utilizado para confecção da prótese?

Cerâmica

Resina

## Dados adicionais:

1. Qual o tipo de oclusão estabelecida? \_\_\_\_\_

2. Qual o tipo de antagonista? \_\_\_\_\_

3. O paciente é bruxoma?

Sim  Não

4. Foi realizada placa Neuro-mio-relaxante?

Sim  Não

5. Quando foi instalado o pilar/abutment? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

6. Data da instalação da prótese provisória \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

7. Data da instalação da prótese definitiva \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

8. Data da remoção do pilar \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

9. Foi realizado consultas controle?  Sim  Não

## Breve descrição da ocorrência:

*(preenchimento obrigatório somente em casos envolvendo componentes protéticos)*

Neste campo deverá ser relatado um breve histórico do ocorrido com informações como: procedimento que estava sendo realizado no momento da ocorrência, fatos que podem ter influenciado para o acontecimento, medidas tomadas para se evitar ou sanar o problema. Para auxiliar na análise, recomendamos anexar uma radiografia periapical da região.

---



---



---



---



---



---



---



---

## Declaração de Esterilização:

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que os produtos descritos acima foram devidamente limpos e esterilizados em calor úmido (autoclave), dentro dos padrões ideais, antes de serem enviados à **Titaniumfix**.

Data da esterilização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Número do lote do indicador biológico utilizado: \_\_\_\_\_

Responsável pela esterilização: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Envie os produtos junto com os formulários de garantia correspondentes preenchidos e demais documentos para o endereço abaixo:

### A. S. TECHNOLOGY - TITANIUMFIX

Rua Profª Ana Isabel Barbosa, 207 - Jd. Diamante  
12223-180 - São José dos Campos - SP - Brasil

### IMPORTANTE: Na caixa e/ou envelope de envio colocar a inscrição "TROCA / DEVOLUÇÃO".

Os produtos acima indicados, de acordo com as condições de garantia e responsabilidade, serão substituídos por outro da mesma espécie.

Assinatura do Cirurgião Dentista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)