

FORMULÁRIO DE OCORRÊNCIA PARA GARANTIA (IMPLANTES)

1

A garantia para os implantes dentários cobre apenas casos onde **for constatado não osseointegração ou 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 implantes.

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.
- Cópia da ficha clínica do paciente (prontuário) que comprove a data de instalação do implante através da etiqueta de rastreabilidade.
- Radiografias periapicais ou panorâmica da região em questão, realizada antes da retirada do implante. Caso não seja possível a realização da tomada radiográfica previamente a remoção do implante, uma radiografia do sítio do implante, desde que tirada dentro de um prazo de até 15 (quinze) dias após a remoção do implante, poderá ser anexada.

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: _____

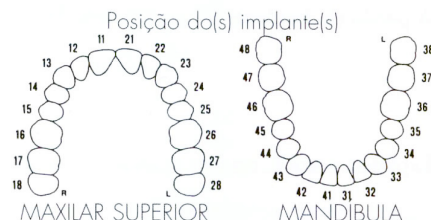
País: _____ Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Informações sobre o produto

(preenchimento obrigatório)

Quantidade	Código da peça	Nome do produto	Nº de lote



Informações sobre o paciente

(preenchimento obrigatório)

Identificação do paciente (somente iniciais): _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Gênero: _____

Higiene oral: Boa Regular Insatisfatória

Dados relevantes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alteração da PA |
| <input type="checkbox"/> Deficiência imunológica | <input type="checkbox"/> Uso excessivo de álcool/drogas |
| <input type="checkbox"/> Deficiência na coagulação | <input type="checkbox"/> Xerostomia |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo: _____ cigarros/dia | <input type="checkbox"/> Outras doenças. Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos. Quais? _____ | _____ |

Dados sobre a parte cirúrgica

(preenchimento obrigatório)

- Data de instalação do implante: ____ / ____ / _____ (dd/mm/aaaa)
- Data de remoção do implante: ____ / ____ / _____ (dd/mm/aaaa)
- Região intra-oral de remoção do(s) implante(s)? (Informar região dentária aproximada)

4. Com relação ao montador/chave de inserção do implante, ocorreu algum problema:

- Durante a inserção do implante no osso? Sim Não
- Durante a remoção do implante do suporte/embalagem? Sim Não
- Durante a remoção do montador/chave do implante? Sim Não

5. Na data da intervenção cirúrgica:

- Qual a qualidade óssea encontrada? Osso do tipo: I II III IV
- Foi realizado implante imediato? Sim Não
- Observou-se alguma infecção local? Sim Não
- Qual o diâmetro da última fresa utilizada? _____
- Foi utilizado expansor ósseo? Sim Não

Se "sim", qual o diâmetro do último expansor utilizado? _____

- Complicação da preparação do local da implantação? Sim Não
- A estabilidade primária foi conseguida? Sim Não
- Foi utilizado torquímetro cirúrgico? Sim Não

Se "sim", qual o torque aplicado? _____ N.cm

- Ficou rosca exposta? Sim Não
- Foi realizado enxerto ósseo no local? Sim Não

Se "sim", qual o material utilizado? _____

- Foi realizada carga imediata? Sim Não
- Receitou clorexidine? Sim Não
- A administração esteve de acordo com a prescrição? Sim Não

Dados adicionais:

- A osseointegração do implante foi conseguida? Sim Não
- As espiras estavam completamente cobertas por osso autógeno? Sim Não
- Higiene em torno do implante: Boa Regular Insatisfatória
- Medicamentos usados pós-cirurgia: _____

Declaração de Esterilização:

4

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: _____

Recomenda-se que a esterilização seja feita com a temperatura de 121 °C, a 1 atm de pressão e que o tempo de ciclo seja de 30 minutos.

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)