

INSTRUMENTAL CIRÚRGICO E PROTÉTICO

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

Se considerar que o instrumento apresenta defeito de fabricação, a solicitação de troca deverá ser feita por meio do preenchimento deste formulário.

Ao preencher o formulário detalhe o máximo de informações. Isto tornará a análise do processo mais eficiente. Não se esqueça de assinar e carimbar o documento ao final do preenchimento.

Para maiores informações sobre nossa Política de Trocas entre em contato com Serviço de Atendimento ao Cliente (31-34813749).

Informações sobre o Cirurgião Dentista (CD) ou Protético (TPD)

Nome: _____ Registro Nº: _____
Endereço: _____
Nº: Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
País: _____ Telefone: _____ Fax: _____
E-mail: _____

Informações sobre o(s) produto(s)

Nº Nota Fiscal	Nome	Quantidade	Nº Lote

Qual foi o problema encontrado

Fratura _____ Adaptação/encaixe _____
Espanamento/deformação _____ Oxidação/corrosão _____
Manchas _____ Embalagem/rotulagem _____
Outros. Quais? _____

Qual o número aproximado de utilizações

Nunca foi utilizado _____
Primeiro uso _____
2-10 vezes _____
Acima de 10 vezes _____

Casos de Oxidação/Corrosão e/ou Manchas

(preenchimento obrigatório somente nestes casos)

1. Produto utilizado para pré-limpeza: _____
2. Produto utilizado para descontaminação/desinfecção: _____

3. Qual o tipo de lavagem utilizado? automático ultra-som manual
4. Quais itens foram utilizados para auxílio durante a limpeza manual?
- Escova de Nylon Esponja multiuso Escova de aço Esponja de aço
5. Foi adicionado algum produto na limpeza por ultra-som? Qual? _____
6. Qual o tipo de esterilização?
- Autoclave
- Data da última manutenção do equipamento: ____/____/____
- Qualidade da água: _____
- Química
- Produto utilizado: _____
- Tempo: _____

Casos de fratura e/ou espanamento/deformação

(preenchimento obrigatório somente nestes casos)

7. Torque por: torquímetro contra-ângulo manual
8. Valor do torque: _____ N.cm
9. Houve inclinação do instrumento na execução do torque? Sim Não
10. Quais as dificuldades encontradas?
- Pouco espaço inter-arcos Posição/angulação do implante
- Dificuldade de acoplamento/encaixe da chave Dificuldade de remoção da chave
- Outras: _____

Relate a causa provável do problema com o(s) instrumento(s).

ATENÇÃO: Para análise dos instrumentos é necessário que o material esteja devidamente embalado e esterilizado. Envie os instrumentos junto com o formulário preenchido para o endereço abaixo:

PECLAB

Rua Euclásio 96, Santa Efigênia – Belo Horizonte – Minas Gerais CEP: 30220-260

Após análise do processo, caso seja constatado que o problema seja do(s) instrumento(s), este(s) será(ã)o substituído(s) gratuitamente.

Assinatura e carimbo: _____

Data: ____/____/____