

FORMULÁRIO DE GARANTIA – INSTRUMENTAL CIRÚRGICO E PROTÉTICO

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 PROFISSIONAL

Nome:		CRO:	
Endereço:			
Complemento:		Bairro:	
CEP:		Cidade:	Estado:
Telefone:		Fax:	
E-mail:			

INFORMAÇÕES SOBRE O PRODUTO

Modelo	Código	Quantidade	Nº Lote

Problema encontrado

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fratura | <input type="checkbox"/> Oxidação/corrosão |
| <input type="checkbox"/> Espanamento/deformação | <input type="checkbox"/> Embalagem/rotulagem |
| <input type="checkbox"/> Adaptação/encaixe | <input type="checkbox"/> Manchas |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? | |
-

Frequência de utilização

- Nunca foi utilizado
- Primeiro uso
- Já utilizado Nº de vezes
-

Casos de Oxidação/Corrosão e/ou Manchas

1. Produto utilizado para descontaminação/desinfecção:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Detergente enzimático | <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% | <input type="checkbox"/> Água Oxigenda |
| <input type="checkbox"/> Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Glutaraldeído | Outro |

2. Meio utilizado

- Manual Ultrassom

3. Material utilizado na assepsia

- Escova de Nylon Esponja multiuso Escova de aço Esponja de aço

4. Método de esterilização:

Casos de fratura, espanamento, deformação

1. Torque por: Torquímetro Contra-ângulo Manual
2. Valor do torque: _____ N.cm
3. Houve inclinação do instrumento na execução do torque? Sim Não

Quais as dificuldades encontradas em relação ao uso do instrumento?

- Pouco espaço inter oclusal Posição/angulação do implante
 Dificuldade de acoplamento/encaixe da chave Dificuldade de remoção da chave

Outra _____

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 30 dias, desde que atendidas todas as condições aqui descritas. Caso seja constatado que o problema seja do instrumento, este será substituído gratuitamente.
5. Para maiores informações entre em contato com Serviço de Atendimento ao Cliente (31-34813749).

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Data: ____/____/____