

Qualquer ocorrência relacionada a nossos produtos é de extrema importância para nós. Desta maneira, pedimos que o preenchimento e envio de informações para nossa análise sejam realizados de forma completa. Estas informações serão fundamentais para uma detalhada análise da ocorrência.

Deve ser preenchido um formulário para cada produto reclamado (exceto nos casos em que o produto e o lote sejam os mesmos, neste caso, podem ser enviados apenas 1 formulário).

Os produtos devem ser enviados a S.I.N. higienizados e esterilizados, em embalagem adequada à esterilização em autoclave, fechada e com evidência de esterilidade através de fita específica.

Deve ser enviado para a S.I.N. o conjunto contendo o produto e o formulário preenchido e também as radiografias periapical ou panorâmica.

Caso um dos itens acima não seja atendido o produto será devolvido ao cliente.

*Nome/Razão social:

*CPF/CNPJ: *CRO/UF: *Telefone:

E-mail:

Endereço: Nº:

Complemento: Bairro: CEP:

Cidade: UF: País:

*Código: *Descrição:

*Nº Lote: Quantidade: Nota Fiscal:

Nome/identificação:

*Idade: Sexo: Feminino Masculino

Histórico clínico: Diabetes Militus Hipertensão Xerostomia Bruxismo Tabagismo

Alergia ou hipersensibilidade Deficiência imunológica Quimioterapia Outra doença (citar qual):

Higiene bucal: Boa Regular Ruim

Caso faça uso de algum medicamento, citar qual:

Data:

Motivo da devolução: Embalagem Ausência de osseointegração Impossibilidade de instalação

Fratura Outros (descrever):

*Breve descrição da ocorrência:

Preencher todos os campos abaixo em caso de não osseointegração.

*Data da retirada do implante:

Osso tipo: I II III IV *Carga imediata? Sim Não

*Utilizados instrumentais e fresas da S.I.N.? Sim Não

*Descrever sequencia de fresas utilizadas:

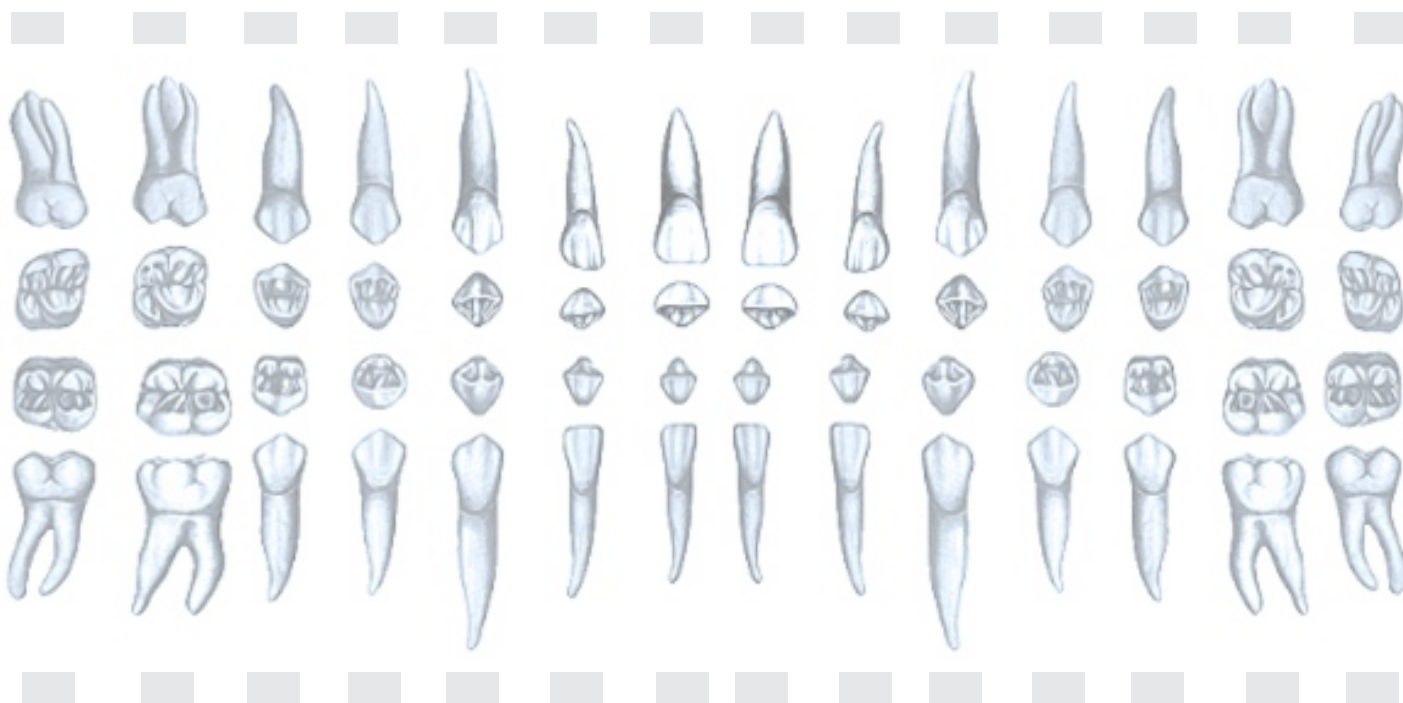
Foi usado expansor/compactador? Sim Não

Caso sim, qual diâmetro do ultimo expansor/compactador?

*Foi feito enxerto ósseo no local? Sim Não

Caso sim, qual material foi usado?

*Assinale qual região foi instalado o implante:



Eu , declaro ser verdadeira as informações prestadas neste documento. Declaro também que os produtos enviados estão devidamente esterilizados.

Data:

Assinatura e carimbo do profissional dentista: _____