



## RECLAMAÇÃO DE CLIENTE

Recl. Nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**\*Preenchimento Obrigatório****DADOS DO CLIENTE\***

Nome do Reclamante: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**DADOS DO PRODUTO\***Tipo do Produto:   Implante            Componente Protético            Instrumental Cirúrgico 

Data da Compra: \_\_\_\_\_                                   Nº Nota Fiscal: \_\_\_\_\_

Código do Produto: \_\_\_\_\_                                   Lote: \_\_\_\_\_                                   Quant: \_\_\_\_\_

**DADOS DA OCORRÊNCIA\***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE\***Idade: \_\_\_\_\_                   Higiene Oral:   Boa    Regular    Insatisfatória O paciente possui: Diabetes? alterações na PA? deficiência imunológica? Uso excessivo de álcool - drogas? Deficiência na coagulação xerostomia? Tabagismo. \_\_\_\_ cigarros/dia? Outras doenças. Quais? Medicamentos. Quais?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**DADOS SOBRE A PARTE CIRÚRGICA\***

Data de Instalação do implante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                   Data de remoção do implante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Região intra-oral de remoção do(s) implante(s)? (Informar região dentária aproximada): \_\_\_\_\_



**1- Com relação a 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

**2- Na data da intervenção cirúrgica:**

Qual a qualidade óssea encontrada? Osso tipo I  II  III  IV   
 Foi realizado implante imediato? Sim  Não   
 Observou-se alguma infecção local? Sim  Não   
 Complicação da preparação do local da implantação? Sim  Não   
 A estabilidade primária foi conseguida? Sim  Não   
 Foi Utilizado torquímetro mecânico? Sim  Não  Se sim qual o torque? \_\_\_\_\_  
 Receitou Clorexidine? Sim  Não   
 A administração esteve de acordo com a prescrição? Sim  Não

**3- 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

**4- Dados Relevantes:**

Qual o tipo de oclusão estabelecida? \_\_\_\_\_  
 O paciente é bruxoma? Sim  Não   
 Foi realizada placa Neuro-Mio-Relaxante? Sim  Não   
 Quando foi instalado o Pilar? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Data da instalação da prótese provisória? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Data da instalação da prótese definitiva? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Data da remoção do Pilar? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Foram realizadas consulta-controle? Sim  Não

**TERMO DE COMPROMISSO\***

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E CONDIZEM COM O PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO.

Data: \_\_\_\_\_

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

Nome do responsável pelas informações: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SETOR TÉCNICO IMPLALIFE**

Reclamação Procedente:  Sim  Não

Justificativa:

Necessário Ação Corretiva:  Sim  Não N° Ação: .....

**SERÁ TROCADO O PRODUTO?**  **Sim**  **Não**

Código do Produto: ..... Lote: ..... Quant: .....

Parecer Final:

**Laudo do Cliente N°:**

**Reclamações de implantes somente serão analisadas com a periapical e etiqueta de rastreabilidade.  
Para análise dos implantes é necessário que o material esteja devidamente embalado, aplicado o  
autocolante "estéril" e ESTERILIZADO.**