



# FORMULÁRIO DE IMPLANTAÇÃO COLOSSO MAL SUCEDIDA

F.VEN.07.02

Data: 02/06/09

Preencher o relatório abaixo completamente e enviá-lo, juntamente com o(s) implante (s) Mal sucedido (s), as radiografias inicial e final do caso e a nota fiscal para Emfils, no endereço:  
Av. Prudente de Moraes, 948 - Itu/SP - CEP 13309-300

Iniciais do Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M Idade: \_\_\_\_\_Paciente é Fumante?  Sim  NãoO Paciente apontou alguma anormalidade da anamnese?  Sim  NãoQual a anormalidade apontada pelo paciente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Foram solicitados exames laboratoriais do paciente?  Sim  NãoQuais as anormalidades os exames laboratoriais apresentaram? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Implante Perdido

Diâmetro

 2,0 mm  2,5 mm  3,3 mm 4,0 mm  5,0 mm

Comprimento

 7,0 mm  8,5 mm  10,0mm  11,5 mm 13,0 mm  14,5mm  16,0 mm

Região

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Lote número: \_\_\_\_\_ Instalação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Remoção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Descrição sucinta da causa provável da perda do implante

---

---

---

---

A reposição do(s) implante(s) mal sucedido(s) somente será efetuada mediante completo preenchimento deste e em atendimento à Política de Devolução e Troca.