

Ziacom Medical SL  
 Calle Búhos, 2  
 28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA  
 Tfno.: +34 91 723 33 06  
 info@ziacom.com - www.ziacom.com  
 C.I.F.: B-84115195 | VAT No.: ESB-84115195

## PROGRAMA GARANTIA ZIACOM® NOTIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA COMPLETA DE IMPLANTES

Código Programa Garantia  (a preencher pelo cliente)

### FORMULÁRIO DE INCIDÊNCIA COMPLETA DE IMPLANTES

**IMPORTANTE:** Para ativar a garantia, o cliente deve preencher integralmente este formulário e enviá-lo para a Ziacom®, seguindo as instruções indicadas no Programa de Garantia Ziacom® disponível em [www.ziacom.com](http://www.ziacom.com). **ENVIA OS ARTIGOS SEMPRE ESTERILIZADOS E VISÍVEIS EM MANGA SELADA.**

\*Campos obrigatórios

#### DADOS DO CLIENTE (CLÍNICA OU OUTRO) (obrigatório para garantia de implantes)

Nome Cliente / Entidade Fiscal\*  N° cliente Ziacom®   
 Nome da Clínica   
 Pessoa de Contacto   
 Morada Completa\*  Laboratório   
 Email da Clínica  N° de Telefone\*

#### INFORMAÇÃO DO PACIENTE (preencher em caso de incidência cirúrgica ou pós-cirúrgica)

N° historial clínico (Não indicar nome)\*  Homem  Mulher  Idade

#### HISTORIAL MÉDICO \*De acordo com as contra-indicações relativas e absolutas, conforme as instruções de utilização (obrigatório para garantia de implantes)

Diabetes mellitus. Tipo 2	Paciente imunocomprometido	<b>Fumador</b>	<b>Higiene*</b>	<b>Medicação</b>
Alcoolismo / Toxicodependência	Osteoporose	Ocasional	Boa	
Doença periodontal	Transtornos de coagulação	Regular	Regular	
Bruxismo / Parafunções Orais	Alergia ao titânio	Frequente	Insuficiente	

Outras patologias ou dados significativos:

#### DADOS DO RESPONSÁVEL DO TRATAMENTO (obrigatório para garantia de implantes)

Dr/Dra\*   
 N° de Cédula   
 Faculdade

### DATOS DE LA INCIDENCIA (obligatorio para la garantía de implantes)

#### INFORMAÇÃO DO IMPLANTE (obrigatório para garantia de implantes)

REF.*	LOTE*	Posição*	Torque de inserção Ncm*	1 Qualidade óssea*				Data colocação* dd/mm/aaaa	Data carga protética dd/mm/aaaa	Método de colocação			Fecha extração dd/mm/aaaa
				I	II	III	IV			Manual	Mecânico	Ambos	
								/ /	/ /				/ /
								/ /	/ /				/ /

<sup>1</sup> Qualidade e quantidade óssea na zona (segundo índice de Lekholm&Zarb, 1985).

#### INFORMAÇÃO DE INCIDÊNCIA DE BROCAS CIRÚRGICAS (obrigatório para garantia de implantes)

#### Preencher em caso de carga protética

N° de utilizações*	Instrumental*	Outros detalhes	Prótese	Tipo de componente
1 - 10	Original		Unitária	Direto ao implante
11 - 22	Não original		Múltipla	Sistema Basic
23 - 34				Sistema XDrive
35 - 45				Sobredentadura
+ 45				Sistema Nature

#### MOTIVO DA INCIDÊNCIA (obrigatório para garantia de implantes)

#### Preencher em caso de carga protética

Instrumentação		Osteotomia*		Sem carga protética		Com carga protética	
SIM NÃO							
Contaminação por queda		Com broca *formadora de rosca*		Periimplantite	Sensibilidade	Periimplantite	Sensibilidade
Medida errada		Com broca cortical		Infecção / Dor	Perda de osso marginal	Mobilidade	Fratura do implante
Transportador		Com broca final		Mobilidade		Perda de osso marginal	Reabsorção óssea severa
Chave de inserção		Falta de estabilidade primária		Fibrointegração			
Frasco		Fratura del implante					

#### OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA  
 E CARIMBO  
 DA CLÍNICA\*

Proteção de dados. **RESPONSÁVEL:** Ziacom Medical Portugal, Unipessoal Lda. **OBJETO:** Realizar a atividade própria do contrato legitimamente subscrito pelas partes ou relação comercial/contratual. **LEGITIMAÇÃO:** Execução de um contrato ou relação comercial/contratual. **ATRIBUIÇÕES:** Para empresas do Grupo e terceiros, a fim de facilitar o processamento das condições e relações previstas no contrato/relação comercial/contratual, e transferências em conformidade com os regulamentos em vigor. **CONSERVAÇÃO:** Durante a vigência do contrato ou da relação comercial/contratual e durante os prazos legalmente estabelecidos. **DIREITOS:** Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, portabilidade e limitação em [juridico@ziacom.com](mailto:juridico@ziacom.com). Mais informações sobre a política de privacidade em [ziacom.com/pt/politica-de-privacidade-pt](http://ziacom.com/pt/politica-de-privacidade-pt).

# AMPLIAÇÃO DA INCIDÊNCIA

## AMPLIAÇÃO DA INCIDÊNCIA PROTÉTICA (obrigatório para garantia de implantes)

Preencher em caso de carga protética

Data da carga protética provisória / /

Fecha carga protésica definitiva / /

Circunstâncias da incidência*		Oclusão dentária		Padrão oclusal		Descrição da prótese		Elemento afetado	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Insucesso precoce do implante		Em relação cêntrica		Oclusão balanceada		Prótese unitária		Pilar mecanizado
	Perda de osso crestal		Pós-acomodação		Oclusão orgânica		Prótese múltipla parcial		Pilar sobredentadura
	Insucesso tardio do implante		Oclusão cêntrica		Função de grupo		Prótese múltipla completa		Pilar CAD-CAM
	Parafuso desapertado		Harmonia cêntrica		Função canina		Cimentada		Parafuso direto ao implante
	Remoção da prótese		Interferências protrusivas		Ajuste oclusal		Aparafusada		Parafuso transoclusal
	Fratura da cerâmica		Bruxismo		Guia anterior		Sobredentadura		Housing metálico/titânio
	Doença periimplantar		Placa miorelaxante				Híbrida		Teflons
							Material (especificar)		Ucla calcinável
									Fratura do implante

Outro/s para complementar as respostas anteriores:

Torque dinamométrico	Especificar (Ncm)	<sup>2</sup> ISQ	Indicar tipo de prótese do antagonista
----------------------	-------------------	------------------	--

<sup>2</sup> Implant Stability Quotation (ISQ).

## RADIOGRAFIAS A ANEXAR (panorâmica, periapical o TAC/CBCT) (obrigatório para garantia de implantes)

1º Pré-cirúrgica\*      2º Pós-cirúrgica\*      3º OControlo da prótese      4º Momento da incidência da prótese      5º Raio-X da Extração

### OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA  
E CARIMBO  
DA CLÍNICA\*

Os campos indicados como obrigatórios são fundamentais para o processamento da incidência. O não preenchimento dos mesmos, resultará no atraso da reposição do implante em garantia.

Os implantes devem ser esterilizados em autoclave, selados em manga (estando visíveis dentro da mesma) e enviados para a Ziacom®, tal como define o Programa Garantia ZES-DI-D-1074

Importante. Nunca se deverá mencionar o nome do paciente, sendo que deve ser identificado pelas suas iniciais ou pelo código a ele atribuído. Caso o cliente envie informação confidencial que possa revelar a identidade do paciente, a Ziacom® eliminará essa informação.

Proteção de dados. **RESPONSÁVEL:** Ziacom Medical Portugal, Unipessoal Lda. **OBJETO:** Realizar a atividade própria do contrato legitimamente subscrito pelas partes ou relação comercial/contratual. **LEGITIMAÇÃO:** Execução de um contrato ou relação comercial/contratual. **ATRIBUIÇÕES:** Para empresas do Grupo e terceiros, a fim de facilitar o processamento das condições e relações previstas no contrato/relação comercial/contratual, e transferências em conformidade com os regulamentos em vigor. **CONSERVAÇÃO:** Durante a vigência do contrato ou da relação comercial/contratual e durante os prazos legalmente estabelecidos. **DIREITOS:** Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, portabilidade e limitação em [juridico@ziacom.com](mailto:juridico@ziacom.com). Mais informações sobre a política de privacidade em [ziacom.com/pt/politica-de-privacidade-pt](http://ziacom.com/pt/politica-de-privacidade-pt).