

**Recolhimento urgente de produto médico – Ação imediata requerida**  
**FORMULÁRIO PARA RESPOSTA DE VERIFICAÇÃO E RASTREABILIDADE**

**Instruções:**

Completar o formulário e enviar o fax para:

DALTON NIVOLONI – Fax: (011) 5502-8510

Ou por **EMAIL DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO** para: [dalton.nivoloni@bsci.com](mailto:dalton.nivoloni@bsci.com)

**OBS:** Gentileza enviar o formulário preenchido até **11-JAN-2010**

**Categoria do Contato**

- Contato Inicial  
 2º Contato  
 3º Contato

**Nossos registros indicam que você recebeu os seguintes lotes afetados: (favor verificar também o inventário contra a lista completa de materiais afetados).**

Número de identificação da ação de campo: **90525344AB - FA** Data: **18/Dez/2009**

Nome do produto afetado pelo Recolhimento voluntário: **Guider Softip XF Guide Catheters**

Nome do Contato: \_\_\_\_\_

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Descrição do Produto	Código do Material (UPN)	Lote	Quantidade a retornar em cateteres (Unidades) Qtd.

**Seção a ser preenchida pelo Cliente ou pelo Inventário Local da BSC**

**Reconhecimento**

Reconhecemos o recebimento da notificação datada em 29-Dez-2009, vimos a lista de produtos afetados.

**Verificação**

Nós verificamos que todas as áreas onde os produtos afetados poderiam ser encontrados foram checadas, por exemplo, Central de Suprimentos, Expedição e Recebimento, outros.

**Situação do Produto** (favor indicar o produto redistribuído pelo número do lote)

Nós não temos nenhum produto afetado.

Nós encontramos produtos afetado e estamos retornando a quantidade indicada acima.

**Distribuidores**

Confirmando o recebimento da Notificação de Recolhimento voluntário e entrarei em contato com nossos clientes para colocar os produtos em quarentena e realizar a devolução deste(s) produto(s).

**Informação do Contato**

Verifiquei que a **INFORMAÇÃO DO CONTATO** acima é atual e está correta.

**A INFORMAÇÃO DE CONTATO** acima **NÃO É** atual e não está correta; favor nos contatar para atualizar.

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

Data: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_