

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

OBS: Gentileza enviar todas as páginas por fax até **19-11- 2009** e o formulário original juntamente com os produtos.

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: **90534627FA**

Data: **29-Out-2009**

Nome do produto afetado pelo Recolhimento voluntário: **IMAGER™ II Angiographic Catheter**

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 05-Nov-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: _____