

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

Instruções:

Completar o formulário e enviar o fax para:
Caroline Yin – Fax: (011) 5502-8510, ATÉ **16-Set-2009**

Categoria do Contato

- Contato Inicial
 2º Contato
 3º Contato

OBS: Enviar este original juntamente com os produtos.

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: Data: **02-Set-2009**

90491473RevAB-FA

Nome do produto afetado pelo Recolhimento voluntário: **Contour™ SE Microspheres**

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 02-Set-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

- Confirmo 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: _____