

Notificação Voluntária de Produto Médico Urgente - Ação Requerida Imediatamente
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO/ RASTREABILIDADE

Instruções:

Complete o formulário e retorne-o via fax para: **Caroline Yin - Fax: (11) 5502-8510**

Nota: Por favor, envie o formulário via fax imediatamente após completá-lo.

Categoria de Contato

- Contato Inicial
 2º Contato
 3º Contato

Nossos arquivos indicam que você recebeu os lotes dos produtos afetados por esta ação. (Por favor, verifique seu inventário de acordo com a lista de códigos e lotes afetados fornecida).

Número de Identificação da Ação de Campo: 90465884-FA **Data:** 30-Dez-08
Nome do Produto Afetado por esta Ação: Gold Probe™ Single-Use BiPolar Electrohemostasis Catheters
Nome do Contato: _____ Nome Cliente: _____

Endereço: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Descrição do Produto	Código (UPN)	Número de Catálogo	Número de Lote	Qtd. a ser retornada. (Caixa fechada ou embalagem unitária)	Qtd. a ser retornada. (Total em embalagens unitárias)

Seção a ser preenchida pelo cliente:

Reconhecimento

Reconheço que recebi a documentação da notificação voluntária de produto médico datada de 30-DEZ-2008.

Verificação

Verificamos que todas as áreas onde os produtos afetados possam estar localizados foram verificadas. (Ex: Salas de Procedimentos Especiais, Radiologia Intervencionista, OR, Hemodinâmica, Serviço Central, Expedição, Recebimento ou qualquer outro local).

Status da Recolhimento Voluntário de Produto Médico do Mercado (Por favor, indique os códigos e lotes dos produtos que foram redistribuídos)

Não temos nenhum produto afetado.

Nós encontramos produtos afetados e estamos retornando à Boston Scientific do Brasil Ltda. a quantidade indicada acima (adicionar a quantidade na tabela acima).

Distribuidores

Reconheço que recebi a documentação da notificação voluntária de produto médico datada de 30-DEZ-2008 e irei contatar os nossos clientes para segregar os produtos afetados e posteriormente retorná-los à Boston Scientific do Brasil.

Informação do Contato

Atesto que as informações do contato acima estão atualizadas e corretas.

As informações de contato acima não estão atualizadas e corretas, por favor contate-nos para a atualização.

Nome: _____ **Assinatura:** _____ **Data:** _____
(Nome / Título)

Nome do Cliente: _____ **e-mail:** _____

Departamento: _____ **Telefone:** _____ **Fax:** _____

Nome do Funcionário BSB Responsável: _____