



Boston Scientific do Brasil Ltda.
Av. das Nações Unidas, 12901
CENU – Torre Norte – 35º andar
04578-000 – São Paulo / SP
Tel: (11) 5502 – 8500 Fax: (11) 5502 – 8510

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

Instruções:

Complete o formulário e retorne-o via fax para:

Camila Domeneck / Renata Brandão / Lílian Orofino - Fax: (11) 5502-8510

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

Contact Category

- Initial Contact
 2nd Contact
 3rd Contact

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

Número de Identificação da Ação de Campo: 90443290-FA Date: 10-Out-2008

Nome do Produto Afetado por esta Ação: Excelsior™ SL-10 Microcatheter.

Nome do cliente:

Código do Cliente:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Descrição do Produto	Código UPN	Referência	Lote	Qde. Retornada

Seção a ser preenchida pelo cliente:

Reconhecimento

Reconheço que recebi a documentação da notificação de retirada de mercado voluntária datada de 10-Out-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 do Recolhimento do Produto (por favor, quando aplicável indique também os lotes dos produtos que foram redistribuídos)

Não temos nenhum produto afetado.

Encontramos os produtos afetados e estamos retornando à Boston Scientific do Brasil os produtos relacionados acima. (adicione a quantidade na tabela acima).

Distribuidores

Acuso o recebimento desta notificação voluntária de recolhimento de Produto e me responsabilizo em notificar todos os meus clientes para segregar os produtos, bem como devolvê-los a Boston Scientific do Brasil.

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____
(Nome & Título)

Departamento: _____ Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Nome do Cliente: _____

Nome do Funcionário BSB Responsável: _____