



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  
 2<sup>nd</sup> Contact  
 3<sup>rd</sup> 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: \_\_\_\_\_