



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 – 8508

São Paulo, 29 de junho de 2006

**RECALL VOLUNTÁRIO DE DISPOSITIVO MÉDICO - URGENTE
AÇÃO REQUERIDA IMEDIATAMENTE**

WALLSTENT® Carotídeo com Sistema de entrega Monorail®

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO / RASTREABILIDADE

POR FAVOR, ENVIE ESTE FORMULÁRIO VIA FAX PARA:

**Renata Brandão
(11) 5502-8510**

RECONHEÇO O RECEBIMENTO DA NOTIFICAÇÃO DE RECALL VOLUNTÁRIO DE DISPOSITIVO MÉDICO, DATADA DE 29 DE JUNHO DE 2006, PARA O PRODUTO WALLSTENT® Carotídeo com Sistema de entrega Monorail®

1) _____ **NENHUM PRODUTO AFETADO FOI ENCONTRADO NESTE ESTABELECIMENTO.**

2) _____ **ENCONTRAMOS OS PRODUTOS ACIMA NESTE ESTABELECIMENTO. POR FAVOR, INDIQUE ABAIXO OS LOTES E QUANTIDADES AFETADAS DOS PRODUTOS A SEREM RETORNADOS. VEJA TAMBÉM AS INSTRUÇÕES PARA O PROCEDIMENTO DE RETORNO**

Código	Lote	Quantidade Retornada

SUA ASSINATURA ABAIXO INDICA QUE VOCÊ CHECOU SEU ESTOQUE DE PRODUTOS E QUE VOCÊ RETORNARÁ TODAS AS UNIDADES AFETADAS. POR FAVOR, INFORME A BOSTON SCIENTIFIC DO BRASIL CASO ESTES PRODUTOS TENHAM SIDO DISTRIBUÍDOS A OUTROS CLIENTES.

Hospital _____

Cidade _____ **Estado** _____

Nome: _____ **Data:** ____/____/____

Assinatura _____ **Cargo:** _____ **Dept:** _____

Telefone: (____) _____ **Ramal:** _____ **Conta #:** _____