

## COMUNICADO AO CLIENTE

Prezado cliente,

Recentemente identificamos nos ventiladores Monnal T50, de fabricação da Air Liquide Medical Systems, uma notificação de segurança que pode afetar os pacientes que utilizam este equipamento. E como todos nós da **Air Liquide Healthcare valorizamos a qualidade do atendimento aos nossos clientes e a segurança dos pacientes**, esclareço alguns os fatos e as nossas ações preventivas.

A falha no ventilador é esporádica, com incidência em menos de 0,26% dos equipamentos utilizados, e pode acontecer **em circunstâncias muito especiais de manipulação**, ocorridas quando o aparelho foi colocado em *stand by*, ocasionando inviabilidade de acesso à tela inicial, porém sem perda dos parâmetros de operação.

Nossa ação corretiva imediata será disponibilizar um outro ventilador da mesma marca e modelo, para ser utilizado como backup emergencial para o paciente e, ao longo do ano, efetuaremos novas ações como a instalação de um alarme remoto e a atualização do software do equipamento. Tenho segurança em afirmar que essas ações serão suficientes para mitigar os riscos para os pacientes que utilizam o Monnal T50.

Esclareço que a ANVISA já foi informada do incidente, bem como do nosso plano de ação e em breve tornará essa informação pública. Caso ocorra qualquer falha com o equipamento ou você tenha qualquer dúvida sobre essas informações, deixo um **canal específico de atendimento** 11-4369-4646 à disposição para contato.

Agradeço a sua compreensão e confiança.



**Miguel Bernardo**  
**Diretor Medicinal Air Liquide Healthcare**

**Formulário de confirmação do cliente sobre ação em campo  
Ventilador Monnal T50- ALMS**

Preencha todo o formulário abaixo

Nome da pessoa que está preenchendo o formulário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Eu li e compreendi as instruções fornecidas e confirmo o recebimento do Comunicado de ação de campo relacionado aos ventiladores Monnal T50 - ALMS assinando abaixo. Eu também concordo em distribuir e comunicar essas informações importantes a todos os interessados.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome (letra de forma):

RG:

CPF:

Data: