

REGISTRO DE CONTATO COM CLIENTE (CCR)

Controle remoto MiniMed™ (MMT-500 or MMT-503)

Representante Medtronic: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Nome do Cliente contatado: _____

Cidade: _____

País: _____

Instruções:

Para fins de cumprimento de exigência legal, solicitamos o preenchimento e assinatura desse registro de contato, assim que recebido, para que possamos comprovar o repasse da notificação junto à ANVISA.

Favor encaminhar uma cópia digitalizada para o Departamento de Qualidade Medtronic, para os e-mails: monica.c.wenke@medtronic.com e/ou natalia.j.maia@medtronic.com

- Comunicação Confirmada: Eu confirmo que o cliente acima mencionado recebeu o Aviso de Segurança.
- Cliente não localizado: Eu confirmo que tentei entrar em contato com o cliente acima, aplicando vários métodos de comunicação. Apesar de todos os esforços, o cliente não pode ser localizado e/ou a notificação não pode ser confirmada. As tentativas apropriadas para entrar em contato com o cliente não localizado foram feitas de acordo com os requisitos da ação de campo FA830.

Registre a data de cada tentativa de notificar o cliente listado acima, o método de comunicação e o nome da pessoa que tentou notificar o cliente.

Tentativas	Método de Comunicação	Nome da Pessoa que contactou o cliente
1ª tentativa		
2ª tentativa		
3ª tentativa		