

REGISTRO DE CONTATO COM CLIENTE (CCR)
O-arm™ 1000 Sistema de Diagnóstico por Imagem (2ª Edição)

Medtronic Representative: _____

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 o e-mail: monica.c.wenke@medtronic.com

- Comunicação confirmada: Eu confirmo que o cliente acima mencionado recebeu a notificação 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 que não foi localizado foram feitas de acordo com os requisitos da ação de campo FA842.

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 contatou o cliente
1ª tentativa		
2ª tentativa		
3ª tentativa		