

Formulário de Confirmação do Cliente
CORREÇÃO URGENTE DE DISPOSITIVO MÉDICO
Atualização do Software do Programador
Suportando o Sistema de Marca-passo Transcateter Micra™

Nome do Cliente: _____

Número da conta: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Representante de vendas (Medtronic): _____

Telefone do representante: _____

Para preenchimento apenas por clientes da Medtronic - Preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente

Para médicos: Na ocorrência de não implantar e/ou tratar mais pacientes com os dispositivos Micra, forneça uma explicação detalhada no espaço abaixo de forma que os registros da Medtronic sejam atualizados de acordo. Obrigado!

Observação: O destinatário pode continuar recebendo lembretes desta notificação até que a resposta seja recebida.

Ao assinar este formulário, confirmo que eu li a Carta de Notificação Correção Urgente de Dispositivo Médico, datada de janeiro de 2019 da Medtronic referente à atualização do software do programador e adotei a ação apropriada.

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 paulo.g.araujo@medtronic.com.

Nome do Cliente (por extenso): _____
(Nome, Sobrenome)

Data: _____

Cargo ou Departamento (por extenso): _____

Assinatura do Cliente: _____

Telefone: _____

Em caso de dúvidas, entre em contato com o Representante de Campo da Medtronic.