

## COMUNICADO URGENTE DE DISPOSITIVO MÉDICO

Adaptador de CA do Monitor HeartWare™ Medtronic  
Modelos 1550, 1555

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Cliente: \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
Conta: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cidade, \_\_\_\_\_ Estado, \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Representante \_\_\_\_\_  
Medtronic: \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ representante  
Medtronic: \_\_\_\_\_

**Para preenchimento apenas pelos Clientes da Medtronic - Por favor, preencha todos os campos abaixo e retorne todas as páginas imediatamente.**

Ao assinar este formulário, confirmo que li a Carta de Notificação de Rechamada de Dispositivos Médicos Urgentes, datada de maio de 2019, da Medtronic relativa ao Adaptador CA do Monitor HeartStream da Medtronic e tomei as medidas adequadas conforme indicado na carta de Correção de Dispositivo Médico Urgente.

### 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](mailto:monica.c.wenke@medtronic.com) ou [paulo.g.araujo@medtronic.com](mailto:paulo.g.araujo@medtronic.com)

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
(Nome Completo)

Cargo do Cliente (Departamento): \_\_\_\_\_

Assinatura do Cliente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**Nota: O cliente pode continuar recebendo lembretes deste aviso até que uma resposta seja recebida.**