Urgente: Notificação de Recall de Dispositivo Médico

Bombas de Infusão Implantáveis SynchroMed™ II

Modelos 8637-20, 8637-40

**Fevereiro de 2019**

Nome do Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número da conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Representante de vendas (Medtronic): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone do representante (Medtronic): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instruções:**

Este formulário deve ser utilizado pelos Representantes Medtronic para confirmar a notificação do médico desta Notificação de Recall de Dispositivo Médico Urgente e/ou para documentar três tentativas de comunicação (um formulário por cliente). **Formulários sem a marcação da caixa de seleção apropriada não podem ser aceitos e serão devolvidos para serem preenchidos.**

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: laura.v.alarconlopez@medtronic.com.

**Marque a opção aplicável abaixo e preencha e assine a área no final deste formulário**

[ ]  **Comunicado confirmado:** Eu confirmo que entreguei em mãos a Carta de Notificação do Médico ao contato listado acima.

[ ]  **Comunicado - cliente não confirmado:** Eu confirmo que entreguei em mãos a Carta de Notificação do Médico E um Formulário de Confirmação do Médico ao contato listado acima. O cliente **se recusou a assinar o formulário de confirmação do cliente**.

[ ]  **Não Localizado:** Eu confirmo que tentei entrar em contato com o Médico supracitado. Apesar de todos os esforços com um mínimo de três tentativas, no total, utilizando dois métodos diferentes, o cliente não pôde ser localizado. **Ver detalhes das tentativas nos comentários abaixo.**

Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações fornecidas neste formulário estão, salvo melhor juízo, completas e precisas.

Nome (impresso): Data:

Cargo (impresso):

Assinatura (tinta):

Comentários: