9775 Toledo Way

Irvine, CA 92618

www.medtronic.com

**Formulário de Confirmação do Cliente**

**Recolhimento Voluntário de dispositivos médicos**

 **Dispositivo de Embolização Pipeline™**

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

***Para preenchimento somente pelos clientes da Medtronic - preencha todos os campos abaixo e retorne todas as páginas imediatamente, mesmo se você não tiver nenhum produto para devolver.***

Ao assinar este formulário, confirmo que li a carta de chamada Urgente de Dispositivos Médicos Pipeline de 17 de fevereiro de 2020 e tomei as medidas adequadas***.***

Nome do cliente (por extenso): Data:

(Primeiro nome, último nome)

Cargo ou Departamento:

Assinatura do cliente: Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código do produto** | **Número de lote ou número de série** | **Quantidade Disponível para devolução** | **RGA#** **(Entre em contato conosco para #) NA**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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. Preencha abaixo a quantidade de produto que você possui em seu estoque existente e que será devolvido. Favor encaminhar uma cópia digitalizada para o Departamento de Qualidade Medtronic, para o e-mail: **laura.v.alarconlopez@medtronic.com**

**Instruções para Devolução**

* ***Identifique e coloque em quarentena todos os produtos afetados não utilizados, conforme listado em seu inventário;***
* ***Devolva todos os produtos listados afetados não utilizados do seu inventário para a Medtronic. Entre em contato com a Qualidade Medtronic para iniciar o retorno do produto e o crédito. O seu representante local pode ajuda-lo no retorno e substituição deste produto, conforme necessário;***
* ***Preencha este Formulário de Confirmação do Cliente e enviar por email para*** ***laura.v.alarcon@medtronic.com***