

FA 960 Formulário de Confirmação do Cliente
Recall de Dispositivo Médico
Sistema de Endoprótese Torácica Valiant Navion™

Nome do Cliente: _____

Número da conta: _____

Endereço: _____

País, Estado, Cidade, CEP: _____

Para preenchimento apenas por clientes da Medtronic - Por favor, preencha todos os campos abaixo e devolva todas as páginas imediatamente, mesmo se você não tiver nenhum produto para devolver.**Ao assinar este formulário, confirmo, como médico ou gestor de risco, que li a Carta de notificação urgente de Recall de dispositivos médicos, datada de fevereiro de 2021, da Medtronic relativamente ao Sistema de Endoprótese Torácica Valiant Navion™ da Medtronic e tomei as medidas adequadas.**Nome do cliente (impresso): _____ Data: _____
(Primeiro nome, ultimo nome)

Cargo do cliente (impresso): _____

Assinatura do cliente (tinta): _____

Telefone: _____

Gerentes de risco / Gerentes de estoque somente: Por favor, preencha abaixo a quantidade de produto que você tem em seu estoque existente e que está sendo devolvido.

Produto	Número de lote	Quantidade disponível para devolução (unidades)
Sistemas de Endoprótese Torácica Valiant Navion™		
Sistemas de Endoprótese Torácica Valiant Navion™		

Instruções de devolução:

A Medtronic está solicitando aos clientes com produto afetado em mãos que tomem as seguintes ações:

1. Identifique e coloque em quarentena todos os Sistemas de Endoprótese Torácica Valiant Navion™ da Medtronic afetados e não utilizados.
2. Devolva todos os produtos afetados não utilizados em seu estoque para a Medtronic. O representante local da Medtronic pode ajudá-lo conforme necessário para iniciar a devolução deste produto.
3. Preencha este formulário de confirmação do cliente, incluindo sua assinatura acima, e envie um e-mail para monica.c.rodriques@medtronic.com ou laura.v.alarconlopez@medtronic.com

Nota: O destinatário pode continuar a receber lembrete deste aviso até que uma resposta seja recebida. Se houver algum campo do formulário que você não conhece ou sobre o qual não possui informações, *coloque N / A ou cancele o espaço com uma linha*. **Os campos nome, assinatura, data e país devem ser sempre preenchidos.** Por favor, note que *os formulários com espaços em branco não são aceitos como válidos*.**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.rodriques@medtronic.com e laura.v.alarconlopez@medtronic.com