

Formulário de Confirmação do Cliente
Recall Dispositivo Médico

| Nome do Produto | Modelo Número |
|--|---------------|
| Stent Coronário de Troca Rápida Integrity (RX) | INT22514X |

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, que li a Carta de notificação urgente de Recall de dispositivos médicos, datada de Marco de 2021, da Medtronic relativamente ao Stent Coronário de Troca Rápida Integrity da Medtronic e a validade incorreta e tomei as medidas adequadas.

Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie por e-mail para monica.c.rodriques@medtronic.com. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu representante Medtronic.

Nome do cliente (letra de forma): _____ Data: _____
(Nome, Sobrenome)

Cargo do Cliente (letra de forma): _____

Assinatura do cliente (manual): _____

Telefone: _____

Indique a quantidade de produto que você possui em seu estoque e que será devolvida.

| Modelo Número | Lote Número | Quantidade a ser devolvida (unidade) |
|---------------|-------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |

Instruções de Retorno:

- Identifique e coloque em quarentena todos os produtos afetados não utilizados, conforme listado em seu inventário.
- **Devolva todos os produtos não utilizados listados no seu inventário à Medtronic. Entre em contato com seu Representante Medtronic Brasil pode ajuda-lo na devolução do produto e substituição deste produto, conforme necessário.**
- **Preencha este Formulário de Confirmação do Cliente e envie por e-mail para monica.c.rodriques@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.