

## Formulário de confirmação do médico

### **CORRECAO URGENTE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

#### **Valores de glicose do Sensor com o uso de medicamento Hydroxyurea**

Sensor™ Enlite (MMT-7008) e Sensor™ Guardian 3 (MMT-7020)<sup>†</sup>

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Número da conta: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

País, Estado, Cidade, CEP: \_\_\_\_\_

#### **Por favor, preencha todos os campos abaixo e retorne imediatamente**

Estimado Profissional da Saúde:

**Ao assinar este formulário, confirmo que li e conheço a Carta de Notificação de Segurança Urgente, de Marco de 2021, entregue pela Medtronic, a respeito dos Valores de glicose do Sensor com o uso do medicamento Hydroxyurea e tomado as medidas apropriadas.** Complete e assine esse formulário como indicado abaixo e devolva por email para: [monica.c.rodrigues@medtronic.com](mailto:monica.c.rodrigues@medtronic.com).

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Nome, Sobrenome)

Assinatura (tinta): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

Caso tenha dúvidas, entre em contato com a Medtronic no telefone 0800 773 9200 ou envie e-mail para [atendimento.diabetes@medtronic.com](mailto:atendimento.diabetes@medtronic.com)

**Como sempre, agradecemos o seu apoio.**  
**Medtronic Diabetes**

<sup>†</sup> Inclui os modelos para sensores Enlite™ (MMT-7008A, MMT-7008B, MMT-7008C, MMT-7008D) e sensores Guardian™ 3 (MMT-7020LA, MMT-7020LB, MMT-7020A, MMT-7020B, MMT-7020C, MMT-7020C1, MMT-7020C2, MMT-7020C3, MMT-7020C4, MMT-7020C5, MMT-7020C6, MMT-7020D1, MMT-7020D2, MMT-7020D3, MMT-7020D4, MMT-7020D5, MMT-7020D6, MMT-7020GA).

**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.rodrigues@medtronic.com](mailto:monica.c.rodrigues@medtronic.com).