

Formulário de Confirmação do Cliente Notificação Urgente de Dispositivos Médicos Sistema Medtronic HVAD™

Nome do Cliente: _____

Número do Cliente: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Ao assinar este formulário, confirmo como médico ou gerente de risco, que li a Carta de Notificação de Dispositivo Médico Urgente, datadas de Junho de 2021, da Medtronic sobre o Sistema Medtronic HVAD™ e tomei as medidas adequadas.

Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie um e-mail para monica.c.rodrigues@medtronic.com ou rsfcacardiolatamssc@medtronic.com.

Nome Cliente (escrito): _____
(Nome e sobrenome)

Data: _____

Cargo do Cliente (escrito): _____

Assinatura do Cliente: _____

Telefone: _____

Nota: O destinatário pode continuar a receber lembretes deste aviso até que uma resposta seja recebida.
Em caso de dúvidas, entre em contato com seu representante de campo da Medtronic.

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 e rsfcacardiolatamssc@medtronic.com