

URGENTE: RECALL DE DISPOSITIVO MÉDICO**StimLoc™ Burr Hole Cover****Código do produto 3387S-40, 3389S-28, 3389S-40, 3391S-40, 3550S-01, 924256, DB-5000****Formulário de Confirmação do Cliente**

Junho 2021

Nome do Cliente: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado/CEP: _____

Selecione um dos seguintes:

☐ Eu examinei nosso inventário de produtos afetados por essa notificação e confirmo que **todos** os produtos afetados foram consumidos anteriormente.

Ou

☐ Eu examinei o nosso inventário e tenho os seguintes produtos afetados que permanecem sem consumir e deve ser devolvido.

Número da peça	Número de lote	Quantidade

Nome e cargo do representante da conta *(em letra de imprensa)*: _____Título do representante de conta *(em letra de imprensa)*: _____

Número de telefone: _____

Correio eletrônico: _____

Assinatura do cliente: _____ Data: _____

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 rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com