

URGENTE: CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO
Neuroestimulador Implantável (INS) Percept™ PC

Falha no INS após Cardioversão
FA1206 - Formulário de Confirmação do Cliente

Outubro 2021

Nome do Médico/Cliente: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado/CEP: _____

Telefone: _____

Fax: _____

Email: _____

Para Completar Unicamente Por Clientes da Medtronic

Ao assinar este formulário, confirmo que li a carta de notificação do Neuroestimulador Implantável Percept™ PC (INS) da Medtronic, datada de outubro de 2021, e tomei as medidas adequadas.

Nome do Médico (impresso): _____
(Nome e Sobrenome)

Data: _____

Assinatura do Médico (impresso): _____

Comentários:

Assine e date este formulário e devolva-o à Medtronic imediatamente, fornecendo as correções nas suas informações de contato. Devolva este formulário (guarde uma cópia para seus registros) para:

ESCANEAR & ENVIAR EMAIL: rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com ou monica.c.rodrigues@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.rodrigues@medtronic.com e rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com.