

## FA 1203 Formulário de Confirmação do Cliente

### Aviso urgente sobre dispositivos médicos

#### Sistema de Aterectomia direccional HawkOne™ de Medtronic

Nome do produto	Números de modelo
Sistema de Aterectomia direccional HawkOne™	<b>6Fr</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• H1-M</li><li>• H1-M-INT</li><li>• H1-S</li><li>• H1-S-INT</li></ul>

Nome do cliente: \_\_\_\_\_

Número da conta: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

País, Cidade, Estado, CEP: \_\_\_\_\_

***Para completar unicamente por Clientes Medtronic – Por favor complete todos os campos abaixo e devolva imediatamente. A Medtronic solicita que você preenche e assine o reconhecimento da carta anexada a este formulário. Nota: O destinatário pode seguir recebendo esse aviso até que uma resposta seja recebida.***

Ao assinar este formulário, confirmo que li a carta de notificação <Aviso urgente de dispositivo médico>, datada de dezembro de 2021, da Medtronic relativa ao Sistema de Aterectomia direccional Medtronic HawkOne™ listado acima e tomei as medidas adequadas.

Por favor complete e assine o formulário como indicado a abaixo e envie para: [monica.c.rodriques@medtronic.com](mailto:monica.c.rodriques@medtronic.com) ou [rs.fcacardiolatamssc@medtronic.com](mailto:rs.fcacardiolatamssc@medtronic.com)

Nome do cliente (impresso): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(Nome, Sobrenome)

Cargo do cliente (escrito): \_\_\_\_\_

Assinatura do cliente (Tinta): \_\_\_\_\_

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

Para perguntas, entre em contato com seu Representante Local 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 a Qualidade Medtronic, para o e-mail: [monica.c.rodriques@medtronic.com](mailto:monica.c.rodriques@medtronic.com) e [rs.fcacardiolatamssc@medtronic.com](mailto:rs.fcacardiolatamssc@medtronic.com).