

URGENTE: Retirada de Dispositivo Médico
Formulário de Confirmação do Representante Medtronic
Tubo Endotraqueal para EMG NIM Trivantage
Múltiplos Modelos do Produto Impactados

FA1218 - Janeiro 2022

Nome do cliente: _____
Endereço: _____
País, Cidade, Estado, CEP: _____

Instruções:

- Este formulário deve ser usado pelos Representantes da Medtronic para confirmar a notificação do cliente da Ação Corretiva de Campo (FCA), devoluções de produtos (conforme aplicável) ou para documentar uma tentativa de comunicação com o cliente afetado (um formulário por instalação).
- Envie este formulário preenchido por e-mail para a Medtronic monica.c.rodrigues@medtronic.com ou rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com.

Produtos Afetados

Nome do Produto	Modelo	Material
EMG TUBE 8229705 NIM TRIVANTAGE 5.0MM ID	8229705	00763000033934
EMG TUBE 8229706 NIM TRIVANTAGE 6.0MM ID	8229706	00763000033941
EMG TUBE 8229707 NIM TRIVANTAGE 7.0MM ID	8229707	00763000033958
EMG TUBE 8229708 NIM TRIVANTAGE 8.0MM ID	8229708	00763000033965
EMG TUBE 8229709 NIM TRIVANTAGE 9.0MM ID	8229709	00763000033972
EMG TUBE 8229735 3PK NIM TRIVANTAGE 5MM	8229735	20763000041506
EMG TUBE 8229736 3PK NIM TRIVANTAGE 6MM	8229736	20763000041513
EMG TUBE 8229737 3PK NIM TRIVANTAGE 7MM	8229737	20763000041520
EMG TUBE 8229738 3PK NIM TRIVANTAGE 8MM	8229738	20763000041537
EMG TUBE 8229739 3PK NIM TRIVANTAGE 9MM	8229739	20763000041544

Selecione a caixa aplicável abaixo e preencha e assine a área na parte inferior deste formulário.

1. **Comunicação Confirmada:** confirmando que entreguei em mãos a carta de notificação de recall da FCA e um Formulário de Confirmação do Cliente ao cliente associado ao recall em questão.
2. **Comunicação - Cliente não confirmado:** Eu confirmando que entreguei em mãos a carta de notificação de recall da FCA e um formulário de confirmação do cliente ao cliente associado do recall em questão. O cliente recusou-se a assinar o formulário de confirmação do cliente.
3. **Não localizado:** Eu confirmando que tentei entrar em contato com o cliente mencionado acima. Apesar de todos os esforços, o cliente não pode ser localizado.

Como representante da Medtronic, certifico que as informações fornecidas neste formulário são, tanto quanto é do meu conhecimento, completas e precisas.

Nome (impresso): _____ Data: _____
(Nome, Sobrenome) (DD-MMM-YYYY)

Cargo (escrito): _____

Assinatura (Tinta): _____

Comentários: _____

Confidential