

URGENTE: Retirada de Dispositivo Médico
Formulário de Confirmação do Cliente
Tube Endotraqueal para EMG NIM Trivantage
Múltiplos Modelos do Produto Impactados

FA 1218 - Janeiro 2022

Preencha este formulário e envie-o para a Medtronic.

Nome do cliente: _____

Número da conta: _____

Endereço: _____

País, Cidade, Estado, CEP: _____

Para completar unicamente por Clientes Medtronic – Marque uma das caixas abaixo e preencha a tabela de acordo, mesmo se não tiver nenhum produto para devolver.

- Não tenho nenhum produto afetado não utilizado no meu estoque.
- Devolvi o produto afetado não utilizado (preencha a seção de devolução de quantidade na tabela abaixo)

Informação do produto afetado

Nome do produto	Número do modelo/CFN	No. do material	Quantidade a ser devolvida
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	

** Nota: O destinatário pode continuar a receber lembrete deste aviso até que uma resposta seja recebida.***Ao assinar este formulário, confirmo que li a carta de notificação de retirada Tube Endotraqueal para EMG NIM Trivantage, datada de Janeiro de 2022, da Medtronic e tomei as medidas adequadas.** Para perguntas, entre em contato com seu Representante Local Medtronic.

Nome do cliente (impresso): _____

(Nome, Sobrenome)

Data: _____

(DD-MMM-YYYY)

Cargo do cliente (escrito): _____

Assinatura Cliente (Tinta): _____

Telefone: _____

Instruções de Retorno:

1. Identifique e coloque em quarentena todos os produtos afetados não utilizados.
2. Devolva todos os produtos afetados não utilizados de seu estoque para a Medtronic. Segregar o produto afetado identificar e a guardar a retirada pela transportadora.
3. Preencha o formulário de confirmação do cliente em anexo e envie-o para monica.c.rodrigues@medtronic.com ou rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com.

Nota: 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.rodrigues@medtronic.com e rsfcaneurolatamssc@medtronic.com.