

<URGENTE: AVISO DE SEGURANÇA DE DISPOSITIVO MÉDICO>**Formulário de Confirmação do Cliente****Tubo Endotraqueal Medtronic NIM™ Padrão Reforçado EMG e Tubo Endotraqueal NIM CONTACT™ Reforçado EMG
CFNs 8229306, 8229306J, 8229307, 8229307J, 8229308, 8229308J, 8229506, 8229507, 8229508**

Maio de 2022

Preencha este formulário e devolva-o à Medtronic.

Número da Conta/Nome da Conta:

Endereço da Conta:

Cidade, Estado, Código Postal:

Nº de Referência: FA1255**Somente para o preenchimento dos Clientes da Medtronic - Preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente****Produto(s) Afetado(s)**

Nome do Produto	Nº do Modelo/ CFN	Material/ Nº GTIN	Número(s) do(s) Lote(s)
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229306J NIM EMG 6MM	8229306J	00643169358706	Todas as Remessas / Lotes*
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229307J NIM EMG 7MM	8229307J	00643169358720	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229308J NIM EMG 8MM	8229308J	00643169358744	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229306 NIM EMG 6MM RE	8229306	00643169789524	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229307 NIM EMG 7MM RE	8229307	00643169789531	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229308 NIM EMG 8MM RE	8229308	00643169789548	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229506 CONTACT EMG 6MM	8229506	00643169789555	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229507 CONTACT EMG 7MM	8229507	00643169789562	
TUBO ENDOTRAQUEAL 8229508 CONTACT EMG 8MM	8229508	00643169789579	

**Nota: Todas as remessas / lotes são baseados no prazo de validade de 4 anos do produto afetado.*

Ao assinar este formulário, eu confirmo que li o aviso sobre o Tubo Endotraqueal Medtronic NIM™ Padrão Reforçado EMG e Tubo Endotraqueal NIM CONTACT™ Reforçado EMG, datado de maio de 2022, da Medtronic, e executei a ação apropriada. Observe que este é apenas um aviso de segurança. Os produtos não precisam ser devolvidos como parte desta ação. Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie-o por e-mail para rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com. Caso tenha dúvidas, entre em contato com seu Representante Local Medtronic.

Nome do Cliente (Impresso): _____
(Nome, Sobrenome)

Data: _____

Cargo do Cliente (Impresso): _____

Assinatura do Cliente (Tinta): _____

E-mail: _____

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:
rsfcaneurolatamssc@medtronic.com