



Itapira, 05 de Setembro de 2022

Ao: Terumo Medical do Brasil
Praça General Gentil Falcão, 108, 9º andar
Cidade Monções- São Paulo – CEP: 04571-150

A/C: Responsável Técnico ou Diretor Técnico

Notificação de Ação de Campo

Por favor, informe imediatamente aos responsáveis pelas Áreas/ Departamentos competentes

Código	Produto	Números de Lotes Adquiridos
TMAF24IL	Terumo Air 2.40 m filtro 15 micra Injector Reversível Luer Lock	2109054

Informamos a decisão de ação de campo voluntária no produto e lote acima por eventual risco de sobreinfusão, quando o produto não estiver sendo utilizado conforme rotulagem e instruções de uso.

Prezando pela transparência com nossos clientes e parceiros, evidenciando a confiança em nossa marca e cumprindo nosso compromisso com a segurança e a eficácia de nossos produtos, solicitamos cordialmente as seguintes ações:

- Realizar a segregação imediata do produto e lote mencionado para a execução de ação de campo.
- Imprima a Carta de Confirmação de Recebimento de Notificação de Ação de Campo, anexo à este documento
- Solicite a assinatura do Responsável Técnico ou Diretor Técnico devidamente preenchido;
- Envie o documento (Carta de Confirmação de Recebimento de Ação de Campo) devidamente preenchido e assinado para o e-mail: sac@mphospitalar.com.br

Para maiores informações, por favor, entrar em contato com:

Maristela Pereira de Moraes
Responsável Técnica
maristela@mphospitalar.com.br – (19) 9 3813-2400

Sem mais, colocamo-nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessário.

Atenciosamente,

Maristela Pereira de Moraes
Responsável Técnica



Carta de Confirmação de Recebimento de Notificação de Ação de Campo

05/09/ 2022

Ref: Alerta - RAC000001/22
TMAF24IL - 2109054

Ao: Nome do Cliente
Rua, número, bairro, cidade, estado, CEP

Para preenchimento pelo Cliente (Responsável Técnico ou Diretor Técnico)

Este vem a confirmar o recebimento da Carta de Notificação de Ação de Campo, referente ao produto TMAF24IL Terumo Air 2.40 m filtro 15 micra Injector Reversível Luer Lock - Lote: 2109054
As informações abaixo devem ser preenchidas e devolvidas no ato do recebimento da referida Carta de Notificação de Ação de Campo

Identificação do Responsável pelo Preenchimento

Nome: _____
Cargo/ Função: _____
Instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: (__) _____
E-mail: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/____

Para Preenchimento MP Hospitalar

Responsável pela verificação e confirmação das informações enviadas pelo cliente

Nome: _____
Cargo/ Função: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/____