**Formulário de Confirmação do Cliente**

**Comunicado de Dispositivo Médico Urgente**

**Sistema de Dispositivo de Assistência Ventricular Medtronic HeartWare™ (HVAD)**

Nome <do Cliente>:

Número <do Cliente>:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Postal:

***Somente para o preenchimento dos Clientes da Medtronic - Preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente***

A Medtronic está solicitando que você assine e date este formulário para confirmar o recebimento da carta anexa.

Nota: O destinatário pode continuar a receber os lembretes deste aviso até uma resposta ser recebida.

Ao assinar este formulário, eu confirmo que li a Carta de Notificação do <Comunicado de Dispositivo Médico Urgente>, datada de <outubro de 2022>*,* enviada pela Medtronic, sobre o sistema de Dispositivo de Assistência Ventricular HeartWare™ (HVAD) listado acima e tomarei a medida apropriada*.*

Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie-o por e-mail para rs.fcacardiolatamssc@medtronic.com.

Nome do Cliente (Impresso):

(Nome, Sobrenome)

Cargo do Cliente (Impresso):

Telefone:

Assinatura do Cliente (Tinta): Data:

Em caso de dúvidas, entre em contato com o seu < Representante Medtronic Local >.