**Formulário de Confirmação do representante**

**Possibilidade Maior de Energia Reduzida ou Nenhuma Energia Fornecida Durante a Terapia de Alta Voltagem Quando Programado com vetores de desfibrilação AX>B**

|  |
| --- |
| **Os Dispositivos incluem os seguintes modelos:**  CDIs e CRT-Ds Cobalt™ XT/Cobalt™/Crome™  Um subgrupo dos: CRT-Ds Claria MRI™/Amplia MRI™/Compia MRI™/Viva™/Brava™  Um subgrupo dos: CDIs Visia AF™/Visia AF MRI™/Evera™/Evera MRI™/Primo MRI™/Mirro MRI™ |

Nome do médico/conta:

Número do médico/conta:

Endereço da Conta:

Cidade, Estado, CEP:

Este formulário deve ser usado pelos Representantes da Medtronic para documentar duas tentativas (além da correspondência inicial) de comunicação com os destinatários.

Apesar de várias tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação assinada do consignatário para a conta indicada acima. Consulta as diretrizes ao final do formulário.

Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tentativa | Data | Método de comunicação | Nome de Contato e Cargo |
| 1 |  | Telefone Visita ao Local  Email  Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outros: | Nome:  Cargo: |
| 2 |  | Telefone Visita ao Local  Email  Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:  Cargo: |

OU

Confirmo que não foram necessárias várias tentativas porque:

☐ A conta não está mais ativa

☐ A conta recusou-se a assinar (fornecer o motivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Outro (fornecer detalhes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como representante da Medtronic, certifico que as informações contidas neste formulário são completas e precisas na medida do meu conhecimento.

Nome do Representante da Medtronic (Legível):

Cargo do Representante da Medtronic (Legível):

Assinatura do Representante da Medtronic (Tinta): Data:

## Envie este formulário preenchido (ou suas dúvidas) por e-mail para a Medtronic <[rs.fcacardiolatamssc@medtroinc.com](mailto:rs.fcacardiolatamssc@medtroinc.com) e jessica.p.bautista@medtronic.com>.

* Orientações Importantes:
* 2 tentativas documentadas (além do envio inicial) devem ser incluídas na tabela acima,
* Deve haver pelo menos 7 dias corridos desde a primeira tentativa até a última tentativa para conformidade com a expectativa de tentativas de boa fé
* Forneça o máximo de detalhes possível