

Médico Cirúrgico

Renal Care Solutions

60 Middletown Avenue

North Haven, CT 06473

www.medtronic.com

**Formulário de Confirmação do Cliente**

**URGENTE: RECALL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**MahurkarTM Cateteres de Triplo Lúmen Agudo**

**MahurkarTM Cateteres de Triplo Lúmen de Alta Pressão Agudo**

Nome da Conta:

Número da Conta do Hospital:

Endereço:

Cidade, Estado, CEP:

**Número da Medtronic: FA1333**

***Para Preenchimento Apenas por Clientes da Medtronic – Preencha todos os campos abaixo e devolva todas as páginas em seguida, mesmo que não tenha nenhum produto para devolver.***

**Ao assinar este formulário, confirmo que li a Carta de Notificação de Recall Urgente de Dispositivos Médicos, datada em julho de 2023****da Medtronic referente aos** **MahurkarTM Cateteres de Triplo Lúmen Agudo e MahurkarTM Cateteres de Triplo Lúmen de Alta Pressão Agudoe tomei as medidas apropriadas*.***

Por favor, preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie um e-mail para rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com ou jessica.p.bautista@medtronic.com.

Nome do Cliente (Impressão): Data:

(Nome, Sobrenome)

Título do Cliente (Impressão):

Assinatura do Cliente (à caneta):

Telefone: E-mail:

Por favor, preencha abaixo a quantidade de produto que você tem em estoque e que irá devolver. Indique N/A se não tiver nenhum produto para devolver.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número do Produto (modelo)** | **Número(s) do(s) Lote(s)** | **Quantidade disponível para devolução (unidades)** | **Número do pedido/fatura** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Instruções de devolução:**

* Identifique e coloque em quarentena todos os MahurkarTM Cateteres de Triplo Lúmen Agudo e Cateteres MahurkarTM de Lúmen Triplo Agudo de Alta Pressão.
* Preencha o Formulário de Confirmação do Cliente em até **3 dias úteis** após o recebimento deste aviso.  Ao responder prontamente, você estará confirmando o recebimento da notificação e evitando o recebimento de notificações redundantes.

**Nota:** Por favor, preencha o **Formulário de Confirmação do Cliente online,** mesmo que você NÃO tenha o produto afetado. Envie o formulário preenchido por e-mail para rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com ou jessica.p.bautista@medtronic.com.

* Produto adquirido diretamente da Medtronic, entre em contato com o representante da Medtronic para iniciar o processo de devolução e inclua o número de referência da Medtronic FA1333.
* Se adquirido de um distribuidor, entre em contato diretamente com seu distribuidor para providenciar a devolução do produto ao seu distribuidor.

Em caso de dúvidas, entre em contato com seu representante de vendas da Medtronic

Nota: Lembretes deste aviso podem continuar a ser enviados até que uma resposta seja recebida. Se houver algum campo no formulário que você não conheça ou sobre o qual não tenha informações, escreva N/A ou cancele o espaço com uma linha. Os campos nome, assinatura, data e país devem ser sempre preenchidos. Observe que formulários com espaços em branco não são aceitos como válidos.