**Formulário de Confirmação do Representante da Medtronic**

**MahurkarTMCateteres 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:

Este formulário é para ser usado pelos Representantes da Medtronic para documentar a terceira tentativa de comunicação aos consignatários.

Apesar de várias tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação assinada do cliente para a conta mencionada acima. Veja as orientações no final do formulário.

Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tentativa | Data | Método de comunicação | Nome e cargo do contato |
| 1 | Clique ou toque para inserir uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita o Local[ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Outro: | Nome:Título: |
| 2 |  | [ ] Telefone [ ] Visita o Local[ ] E-mail [ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Título: |
| 3 | Clique ou toque para inserir uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita o Local[ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Outro: | Nome:Título: |

OU

Confirmo que não foram necessárias várias tentativas porque:

☐ A conta não está mais ativa

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

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

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

Nome do representante da Medtronic (impresso):

Cargo de representante da Medtronic (impresso):

Assinatura do representante da Medtronic (tinta): Data:

## Envie este formulário preenchido (ou perguntas) por e-mail para a Medtronic em rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com.

Orientações Importantes:

* 3 tentativas documentadas (além do envio inicial e secundário) devem ser incluídas na tabela acima.
* Deve haver pelo menos 7 dias corridos desde a primeira até a última tentativa para estar em conformidade com a expectativa da FDA de tentativas de boa-fé.
* Forneça o máximo de detalhes possível.