**Formulário de Confirmação de Recebimento**

|  | **Confirmação de Recebimento – Resposta Obrigatória** | Data da Emissão: | Junho 19, 2023 |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **URGENTE: NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO DE CAMPO** |
|  | **Potencial resultado com bias negativo Painel Cardíaco do Triage** | *Preencha e devolva este formulário, mesmo que você não tenha um produto afetado dentro de 10 dias úteis a partir do recebimento desta notificação.* |
|  | Enviar para: | **Qualidade** | e-Mail Address: | AcaoDeCampo@quidelortho.com e sac@vrmedical.com.br |  |  |
|  |  |
| Verificação de Solicitação |  |
| Instituição: |  |
| Contato: |  |
| Endereço: |  |
| Cidade: |  | Estado / província: |  |
| Pais: |  |
| CEP / Código Postal: |  | Telefone: |  |
| e-Mail: |  | Fax: |  |
|  |  |
|  | Favor Confirmar | Recebi a notificação de Ação de Campo: Aviso de segurança de campo sobre o Quidel Triage Cardiac Panel |
|  | ***Por favor, escolha entre os seguintes:*** |
|  | ☐ | Minha instalação não recebeu o Painel Cardíado do Triage Quidel e, portanto, não é afetada por esse problema. |
|  | ☐ | Minha instalação usa o Painel Cardíado do Triage Quidel, mas não tem os lotes afetados restantes no estoque.  |
|  | ☐ | Minha instalação possui o Painel Cardíado do Triage Quidel e interrompeu o uso e descartou o produto afetado restante. ☐ Marque esta caixa se você não tiver um método alternativo de troponina e desejar um produto substituto.  |
|  |  | *Se sua instalação parou de usar os lotes afetados, indique a quantidade abaixo a ser creditada. O crédito será emitido na fatura original do(s) produto(s) não utilizado(s).*  |
|  |  |

| **Nome do Produto** | **Código do Produto** | **Número do lote** | **Quantidade a ser creditada/substituída** | **Unidade de medida** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa  |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa  |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa  |
|  |  |  |  | ☐ Cada ☐ Caixa  |

| Nome por Extenso: |  | **Assinatura requerida:**  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cargo: |       | Sua assinatura confirma o recebimento desta comunicação e seu entendimento |
| Departamento: |       |
| Telefone: |  | Data: |  |
|  |
| Seus Comentários: |       |  |
|  |
| Se você estiver respondendo por mais de um local, liste abaixo todos os locais e números de cliente (UCNs) que sua assinatura representa: |
| Locais que Representa: |       |
|  |

| **Para Clientes Que Fazem Pedidos De Um Distribuidor** | **Nome do Distribuidor** |
| --- | --- |
| Se encomendar a um distribuidor, forneça o nome do seu distribuidor |  |