**Formulário de Confirmação do Representante Medtronic (UTC)**

**URGENTE: RECALL DE DISPOSITIVO MÉDICO**

Kit de Cateter Crônico Palindrome™ 14,5 Fr/Ch (4,8 mm) x 23 (8888145015)

**Referência incorreta ao Comprimento do Cateter no rótulo - 4 (quatro) lotes afetados**

Nome da Conta:

Número da Conta:

Endereço da Conta:

Cidade, Estado, Código Postal:

Este formulário serve para os Representantes Medtronic documentarem as tentativas de se comunicar com os consignatários e/ou para concluir as ações adicionais, conforme aplicáveis, para a ação corretiva em campo (p.ex., retirada do produto).

Apesar das múltiplas tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação do consignatário assinada para a conta indicada acima. Consulte as diretrizes no final do formulário. Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tentativa** | **Data** | **Método do Comunicado** | **Nome e Cargo do Contato** |
| 1 | Clique ou toque para informar uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local [ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Outro: | Nome:Cargo: |
| 2 | Clique ou toque para informar uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local [ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |
| 3 | Clique ou toque para informar uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local [ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |

**OU**

Eu confirmo que as múltiplas tentativas não foram necessárias porque:

☐ A conta não está mais operando

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

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

Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações deste formulário estão completas e precisas.

Nome do Representante Medtronic (Impresso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo do Representante Medtronic (Impresso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Medtronic (Tinta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Envie este formulário preenchido (ou perguntas respondidas) via e-mail à Medtronic para rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com e jessica.p.bautista@medtronic.com.

Diretrizes Importantes:

* Ao menos três tentativas documentadas devem ser incluídas na tabela acima;
* É necessário um intervalo mínimo de 7 dias corridos desde a primeira tentativa até a última tentativa.;
* Forneça o máximo de detalhes que estiverem disponíveis.