**Formulário de Confirmação do Representante Medtronic**

**Impossibilidade de Investigação do Neuroestimulador Implantável (INS) Vanta**

**Modelo 977006**

Nome do Médico:

Número:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Postal:

Este formulário deve ser utilizado pelos Representantes Medtronic para documentar a terceira tentativa de comunicação com os consignatários. Foram feitas duas tentativas anteriores.

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 |  | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local[ ] E-mail [ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |
| 3 |  | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local[ ] E-mail [ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |

OU

☐ O médico se aposentou/faleceu/parou de exercer

☐ O médico se recusou a assinar (fornecer o motivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Médico realocado (fornecer todas as informações disponíveis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ O médico não está acompanhando o(s) paciente(s) (fornecer o novo médico responsável) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações deste formulário estão, salvo melhor juízo, 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.fcaneurolatamssc@medtronic.com e jessica.p.bautista@medtronic.com

Diretrizes Importantes:

* Duas tentativas documentadas (além das correspondências inicial e de acompanhamento) devem ser incluídas na tabela acima;
* Deve haver um intervalo mínimo de 7 dias corridos desde a primeira tentativa até a última tentativa para a adequação à expectativa da FDA de tentativas de boa-fé;
* Forneça o máximo de detalhes que estiverem disponíveis.