

FORMULÁRIO DE RESPOSTA

Correção Urgente de Dispositivo Médico

Acessórios de Mesa de Cirurgias – Distribuídos sem Instruções de Uso
28 de Setembro de 2023

FA # FA-2023-047

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

Código de Produto	Nome do dispositivo	Número UDI	Número de série
1218820	Anaesthesia screen	00887761973176	Ver Anexo A – Números de série impactados
1218835	Counter traction post	00887761972605	
1265545	Foot support two parts	00887761971882	
1266934	Joint plate Carbon 520	00887761971554	
1272324	Clamp pair for joint plate Carbon	00887761971547	
1317577	Holding device for arm and leg	00887761971509	
1493532	Arm holder for lateral position 450 T	00887761973206	
1496431	Lateral support height adjustable concav	00887761971844	
1505900	Widening segment seat section TS/M T	00887761971820	
1505907	Widening segment back sec. TruSystem T	00887761971806	
1505915	Widening segment UBS T	00887761971783	
1576815	Counter traction post for tibia	00887761972322	
1576816	Adapter counter traction post pivoted	00887761972315	
1680904	Shoulder support height adjustable T	00887761971769	
1753616	Pad tabletop TS 7000 B	00887761969834	
1798326	Cable remote control TS7000 (dV)	00887761974289	
1816914	Cable connection TS7000 (dV)	N/A	
1873466	Pad TTS Carbon one part B	00887761969421	
2064469	Cable remote control TS3000	00887761967724	
2064483	Pad head section double joint M B	00887761967915	
2069528	Cladding Protection TS7000	N/A	
2071906	Pad PST 300S B	00887761968035	
4544710	Anaesthesia screen extendable	00887761973077	
4544719	Universal lateral support height ajusta	00887761971332	
4544723	Lateral support 85	00887761971660	
4544736	Leg holder GOEPEL	00887761972643	

Por gentileza, preencha esse formulário mesmo que não haja inventário em sua instituição. Assegure-se que todos os campos abaixo estejam completos. Respondendo esse formulário indica que (1) compreendeu o conteúdo da carta em anexo; (2) realizou as ações descritas; (3) divulgou essa informação, se aplicável.

Ao receber as Instruções de uso, assinale essa caixa para indicar que sua empresa disseminou as instruções na sua instituição conforme aplicável.

Somente para Revendedores, Atacadistas, Distribuidores/Revendedores – Assinale a caixa para indicar que sua empresa disseminou esse comunicado para seus clientes diretos e forneceu as instruções de uso requeridas.

Preenchido por: _____ Função: _____
Nome Completo

Telefone: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Por favor preencha e assine este formulário.

Envie por e-mail (andressa_meneguelo@baxter.com ; faleconosco@baxter.com ; sac@vrmedical.com.br e cristiane.aguirre@verarosas.com.br) uma cópia escaneada desse formulário para confirmação que você recebeu essa notificação