7000 Central Ave NE

Minneapolis, MN 55432

www.medtronic.com

**Formulário de Confirmação do Médico**

**URGENTE: CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO**

SynchroMed™ II, Modelo 8637

**Diretrizes de RM para o Sistema de Infusão SynchroMed**

Novembro de 2023

ID do Médico:

Nome do Médico:

Nome da Conta:

Endereço

Cidade, Estado, Código Postal

**Somente para o preenchimento dos Clientes da Medtronic - Preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente**

Ao assinar este formulário, eu confirmo que li a Carta de Notificação de Correção de Dispositivo Médico Urgente, datada de novembro de 2023, enviada pela Medtronic e relacionada às Diretrizes de RM para o Sistema de Infusão SynchroMed, e tomei a medida apropriada*.*

Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie-o por e-mail para [rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com](mailto:rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com). Caso tenha dúvidas, entre em contato com seu Representante Local Medtronic.

Caso você não esteja mais implantando e/ou tratando os pacientes com os produtos SynchroMed II (Modelo 8637), e/ou recebeu este formulário indevidamente, forneça uma explicação detalhada no espaço abaixo para que os registros da Medtronic sejam atualizados de forma correspondente.

Nome do Médico: Data:

(Nome, Sobrenome)

Cargo do Médico:

Assinatura do Médico:

Telefone:

E-mail:

Comentários:

***Nota:*** *Os lembretes deste alerta podem continuar a ser enviados até que uma resposta seja recebida. Caso haja algum campo no formulário que você desconheça ou sobre o qual você não possua informações, escreva N/A ou cancele o espaço com uma linha. Os campos de nome, assinatura, data e país sempre devem ser preenchidos. Observe que os formulários com espaços em branco não são aceitos como válidos.*