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

**Urgente: Recall de Dispositivos Médicos**

**Etiquetagem incorreta das Cânulas de Vasos DLP™**

Nome da Conta:

Número da Conta:

Endereço da Conta:

Cidade, Estado, Código Postal:

Este formulário serve para os Representantes Medtronic documentarem as tentativas de comunicação com os consignatários e/ou para concluir as ações adicionais, conforme aplicáveis, para a ação corretiva em campo.

Apesar das múltiplas tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação do consignatário assinada para a conta indicada acima. Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tentativa** | **Data****(DD/MM/AAAA)** | **Método de Comunicação** | **Nome e Cargo do Indivíduo Contatado** |
| 1 |  | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local [ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |
| 2 |  | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local [ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |
| 3 |  | [ ] 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 (fornece 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.fcacardiolatamssc@medtronic.com