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

Ao assinar este formulário, eu confirmo que li o Alerta sobre o Trocarte do Balão Estrutural Auto Suture™ e Trocarte de Ponta Romba Auto Suture™ Covidien, datado de fevereiro de 2024, enviado pela Medtronic, e que tomei a medida apropriada.

Ao assinar este formulário, eu confirmo que:

* Eu recebi e li o Alerta de Correção de Dispositivo Médico, datado de **março de 2024**, enviado pela Medtronic e relacionado ao Trocarte do Balão Estrutural Auto Suture™ e Trocarte de Ponta Romba Auto Suture™ Covidien (impactando os CFNs OMS-T10SB, OMS-T10BT, OMS-T10BTNL, OMS-T10BTS, OMS-T10BTSNL, OMS-T12BT e OMS-T12BTNL):
	+ Notificando-me sobre a importância e os possíveis riscos ao paciente associados ao não-cumprimento das IFU dos dispositivos trocarte no escopo e da tela.
	+ Eu analisei e transmiti este alerta de segurança a todos aqueles que precisam estar cientes, dentro da conta, ou a todas as organizações para onde os dispositivos possivelmente afetados foram transferidos.
	+ E que tomei as medidas apropriadas conforme indicado na carta ao cliente.

Observe que este é apenas um alerta de segurança. O produto não precisa ser devolvido como parte desta ação. Preencha e assine o formulário conforme indicado abaixo e envie-o por e-mail para rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com. Caso tenha dúvidas, entre em contato com seu Representante Local Medtronic.

Nome do Cliente (Impresso): Data:

(Nome, Sobrenome)

Cargo do Cliente (Impresso):

Assinatura do Cliente (Tinta):

Telefone:

E-mail:

***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.*